Nr. 41. 13. października 1935 Rok XIV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

B. GIĘDOSZ Lwów.

Hiperluteinizacja doświadczalna.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Histologiczne badania gruczołów dokrewnych stały się przedmiotem zainteresowania naszego Zakładu i dotyczą zachowania się budowy histologicznej tychże gruczołów pod wpływem stosowania hormonów. Do prac poprzednio ogłoszonych, a traktujących o zmianach w budowie histologicznej gruczołów wkrewnych pod wpływem folikuliny, prolanów, hormonu tyreotropowego i kortyny, dołączamy pracę niniejszą.

W doświadczeniach naszych postanowiliśmy stwierdzić, czy i o ile hormon ciałka żółtego wpływa na stan gruczołów dokrewnych, a wpływ ten zamierzyliśmy wykazać na podstawie zmian zachodzących w budowie histologicznej tych gruczołów. Do badań użyliśmy samic królika i świnek morskich, którym podawaliśmy codziennie w odstępach 24-godzinnych jeden z badanych hormonów ciałka żółtego drogą wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych. Doświadczenia podzieliliśmy na krótkotrwałe (ostre) i długotrwałe (przewlekłe). W pierwszej grupie (doświadczenia ostre) wstrzykiwano przez 5 dni codziennie 1 cm^3 roztworu hormonu ciałka żółtego, a w drugiej (doświadczenia przewlekłe) wykonywano 25—36 wstrzyknięć, także codziennie po 1 cm^3 preparatu zawierającego hormon ciałka żółtego. W pierwszej serji zabijano zwierzęta w 1—3 dni, w drugiej w 1—9 dni od ostatniej injekcji. Pobrane do badania gruczoły (przysadka mózgowa, jajnik, tarczyca, nadnercze) utrwalano w alkohol-formolu, zatapiano w parafinie, a skrawki grubości około 5 μ barwiono hematoksyliną-eozyną.

Dla lepszego wglądu w działanie i spowodu niestałości składu chemicznego użyliśmy do badań naszych rozmaitych preparatów hormonalnych ciałka żółtego, tak krajowych, jak i zagranicznych, mianowicie: *Corpus luteum* — Klawe, *Extractum corporis lueti* — Richter, *Glanducorpin* — Richter, *Corpus luteum* — Merck, *Lutein* — Klawe, nadto u pewnej grupy zwierząt zastosowaliśmy *Sistomensinę* i *Agomensinę* — Ciba, chociaż, jak wiemy, nie są czystemi preparatami ciałka żółtego.

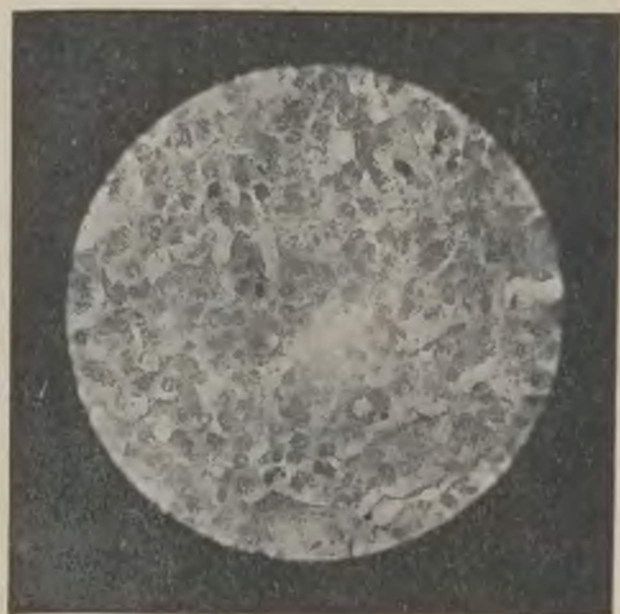
Przechodząc do opisu zmian otrzymanych przez nas w ostrej i przewlekłej hiperluteinizacji zatrzymamy się najpierw nad przysadką mózgową, jako gruczołem wpływającym zdaniem naszem, na inne gruczoły.

Przysadka mózgowa. Zmiany w przysadce mózgowej są najbardziej zajmujące i zdaje się są źródłem zaburzeń w obrazie histologicznym innych gruczołów wkrewnych. W płacie przednim stwierdziliśmy przeważnie silne *przekrwienie,* a cytologicznie uderzało wyraźne *pomnożenie komórek zasadochłonnych.* Dwa inne natomiast typy komórek t. j. kwasochłonne i barwikooporne nie uległy wybitniejszym zmianom. W płacie środkowym przeważnie nie spostrzegaliśmy wyraźniejszych odchyleń od normy, a w płacie tylnym nie dało się stwierdzić jakichkolwiek zmian histologicznych. Z obrazu drobnowidowego przysadki uderzało więc przedewszystkiem przekrwienie i pomnożenie komórek zasadochłonnych w przednim jej płacie; powyższe zmiany wystąpiły u królików i świnek morskich w obu typach doświadczeń (ostre i przewlekłe) i nie było zależności w obrazie zmian od rodzaju preparatów przez nas stosowanych, za wyjątkiem Agomensiny, Sistomensiny i Luteiny, które omówimy osobno.

Jajniki. W obrazie drobnowidowym jajników narzuca się odrazu ich *przekrwienie* i zwraca uwagę obecność tylko *skąpej liczby dojrzałych pęcherzyków jajnikowych* (Graafa). Drugim nieprawidłowym objawem było *zjawienie się dużych, licznych ciałek żółtych.* Liczne pęcherzyki zostały powstrzymane w rozwoju i dojrzewaniu, czego wynikiem było *wytworzenie się licznych torbieli pęcherzykowych* i stwierdzona *dążność pęcherzyków do zaniku.*

Zestawiając stwierdzone w pracy niniejszej zmiany w jajnikach, podkreślamy wystąpienie przekrwienia ogólnego, które dotyczyło w wielu razach także pęcherzyków, jako *przekrwienie okołopęcherzykowe (hyperaemia perifollicularis),* zjawianie się ciałek żółtych, powstrzymanie owogenezy i wystąpienie licznych torbieli pęcherzykowych lub dążność pęcherzyków do zaniku.

Powyżej opisane zmiany w jajnikach wystąpiły w obu serjach doświadczeń po wszystkich niemal preparatach z ciałka żółtego stosowanych w naszych doświadczeniach i to tak u królików, jak świnek morskich, z zachowaniem coprawda osobniczych różnic pomiędzy oboma rodzajami zwierząt.



Ryc. 1. Przysadka mózgowa po wstrzykiwaniu hormonu ciałka żółtego przez 28 dni. Preparat utrwalony w alkoholu-formolu, barwiony hematoksyliną-eozyną. Skrawek 5 μ. Liczne komórki zasadochłonne.

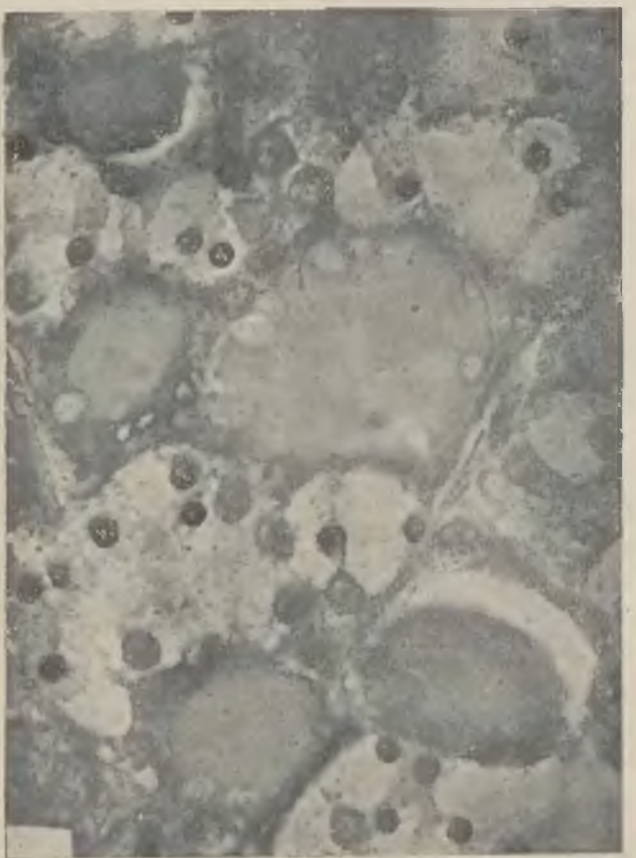


Ryc. 2. Jajnik po wstrzykiwaniu hormonu ciałka żółtego przez 5 dni. Utrwalanie: alkohol-formol. Barwienie: hematoksylina-eozyna. Skrawek: 5 μ. Liczne, duże ciałka żółte i poszczególne zaledwie pęcherzyki Graafa. Brak pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających.

Tarczyca. Jedną z cech doświadczalnej hiperluteinizacji, która zaznaczyła się w tarczycach wszystkich zwierząt, było *przekrwienie ogólne.* W zachowaniu się struktury tarczycy zaszły interesujące zmiany, a mianowicie przy dużej liczbie pęcherzyków gruczołowych obficie koloidem wypełnionych mogliśmy

spostrzegać *wyraźne bujanie komórek nabłonkowych* (złuszczanie). Nabłonek pęcherzyków gruczołowych w niektórych przypadkach był wyraźnie wyższy, a koloid miejscami słabo się barwił i wykazywał liczne wakuole. Zaledwie w dwu przypadkach mogliśmy wykazać już, wprawdzie ogniskowo występujące, wyraźne bujanie utkania komórkowego z zanikiem koloidu. Te nieprawidłowe zmiany wystąpiły przedewszystkiem w tarczycach luteinizowanych królików, a brak ich było u świnek morskich. Wyraźnych różnic w zależności od ostrych, czy przewlekłych doświadczeń nie mogliśmy wykazać. Zmiany w tarczycy powyżej opisane wskazują na pewnego stopnia jej nadczynność po hormonie ciałka żółtego.

W dwóch innych gruczołach uwzględnionych w naszem doświadczeniu, t. j. *w przytarczycach* i *nadnerczach*, poza przekrwieniem mniej lub więcej wybitnem, nie stwierdziliśmy jakichś stałych i wyraźnych zmian w ich prawidłowej budowie histologicznej.



Ryc. 3. Tarczyca po wstrzykiwaniu hormonu ciałka żółtego przez 5 dni. Utrwalanie: alkohol-formol. Barwienie: hematoksylina-eozyna. Skrawek: 5 μ. Zdjęcie: Obj. 3. Plan okul. III. 8 x. Obok licznych pęcherzyków gruczołowych obfite złuszczanie nabłonków. Koloid z wakuolami, miejscami źle się barwi i ulega wchłanianiu.

Na osobne omówienie zasługują doświadczenia wykonane z Agomensiną i Sistomensiną, wobec tego, że nie są one, jak wspomnieliśmy, wyciągami z ciałka żółtego w całem tego słowa znaczeniu. Te przetwory fabryczne, które mają być odpowiednikami luteolipoidu i lipaminy (luteaminy) Seitza, Wintza i Fingerhuta, zawierają wprawdzie hormon ciałka żółtego, ale obok tego i inne ciała wyciągowe z jajnika, które mogą nie być bez wpływu na wynik doświadczenia i zacierać czysty obraz działania ciałka żółtego. Osobno omówimy również preparat Lutein — Klawe, ponieważ zmiany po nim otrzymane różnią się co do wyników od uzyskanych po innych preparatach ciałka żółtego.

Sistomensina: a) *w przysadce mózgowej* po Sistomensinie otrzymaliśmy *zwiększoną ilość komórek kwasochłonnych* obok jednakże licznych komórek zasadochłonnych;

b) *w jajnikach* zmiany przedstawiają się, jak po innych preparatach powyżej wspomnianych; stwierdziliśmy więc *przekrwienie, wytwarzanie się ciałek żółtych i dążność pęcherzyków do atrezji* (zaniku), liczba jednak dojrzałych pęcherzyków Graafa była nieco większa, niż po czystych preparatach z ciałka żółtego. Nadto charakterystycznym dla Sistomensiny był obrzęk komórek miąższowych z powiększeniem całego jajnika;

c) *w tarczycy* wywołała Sistomensina obraz podobny do poprzednio opisanych (pewnego stopnia nadczynność) i to zwłaszcza w doświadczeniach przewlekłych.

Agomensina: a) *w przysadce mózgowej* po Agomensinie obok dość licznych komórek z powinowactwem do hematoksyliny (zasadochłonne) znaleźliśmy *wybitną kwasochłonność komórek przedniego jej płatu;*

b) *w jajnikach* po Agomensinie obserwowaliśmy *liczne, duże dojrzałe pęcherzyki* (i to zwłaszcza w doświadczeniu ostrem), niektóre z cechami zanikowemi, *pojedyncze torbiele pęcherzykowe, liczne pęcherzyki dojrzewające* i to także w głębi miąższu jajnika położone, nadto i przedewszystkiem liczne, duże *ciałka żółte* i *przekrwienie ogólne;*

c) *w tarczycy* spostrzegaliśmy po zastosowaniu Agomensiny *przewagę koloidu* nad utkaniem komórkowem w doświadczeniu ostrem (5 wstrzyknięć à 1 cm³); natomiast w doświadczeniu przewlekłem wyraźnie była zaznaczona *dążność do bujania utkania komórkowego.*

Lutein: a) *w przysadce mózgowej* po Lutein — Klawe wykazaliśmy bardzo *liczne komórki kwasochłonne,*

b) *w jajnikach* zmiany były inne, niż po wszystkich stosowanych przez nas preparatach, mianowicie spostrzegaliśmy *mnogie, duże pęcherzyki Graafa,* niektóre w części rdzennej jajnika położone i tylko starsze, nieliczne ciałka żółte w okresie cofania się (zmiany wsteczne);

c) *w tarczycy* po tym preparacie w doświadczeniu ostrem zaznaczył się wybitny *przyrost koloidu,* nabłonki pęcherzyków uległy znacznemu spłaszczeniu, a więc stan, któryby można objąć nazwą zwyrodnienia koloidowego.

Z badań naszych wynika, że hormon ciałka żółtego w doświadczeniu wpływa wyraźnie na niektóre gruczoły z wewnętrznem wydzielaniem. Typowem następstwem działania ciałka żółtego jest: 1) w przysadce mózgowej pomnożenie liczby komórek zasadochłonnych w przednim jej płacie; 2) w jajnikach zahamowanie rozwoju pęcherzyków z wielokrotnem wytworzeniem torbieli i powstanie nieraz licznych, dużych ciałek żółtych. Zmiany w przysadce mózgowej należy uważać jako wynik bezpośredniego działania wstrzykniętego hormonu ciałka żółtego. Pod wpływem doprowadzonego hormonu powstająca *„polibazofilja"* przedniego płatu przysadki mózgowej wyzwala, zdaniem naszem, gonadostimulinę B, która dopiero w następstwie daje zmiany w jajnikach. Za takiem ujęciem genezy zmian w jajniku przemawiają przedewszystkiem zapatrywania o nadrzędności przysadki mózgowej w zespole wewnątrzwydzielniczym i zmiany patologiczne, jakie w jej obrazie histologicznym stwierdziliśmy. Co do wyników drugiej grupy doświadczeń t. j. wykonanych z Sistomensiną, Agomensiną i Lutein, możnaby sądzić, że w Sistomensinie zawarta folikulina, czy ciała o działaniu folikulinowem zadziałały silniej, niż zawarty w niej hormon ciałka żółtego, stąd wyraźne a charakterystyczne dla folikuliny zmiany w przysadce mózgowej. Zmiany w jajnikach także wskazywałyby na współdziałanie zawartej w Sistomensinie folikuliny (zachowane dość liczne pęcherzyki Graafa). Co do Agomensiny, to otrzymane po niej zmiany w jajnikach pokrywają się poniekąd z opisanemi przez Bagińskiego (liczne pęcherzyki Graafa, często w głębi jajnika położone, torbiele, pęcherzyki zanikowe, przekrwienie); prócz tego stwierdziliśmy silne działanie luteinizujące (liczne, duże ciałka żółte). Zmiany w tarczycy i przysadce mózgowej po Agomensinie i Sistomensinie są podobne, za wyjątkiem jedynie zmian tarczycy po ostrem stosowaniu Agomensiny (przewaga koloidu nad utkaniem komórkowem). Wreszcie ze zmian otrzymanych po Lutein — Klawe, zastosowanym tylko w jednem doświadczeniu ostrem wynika, że preparat ten bardzo przypomina działaniem folikulinę.

Piśmiennictwo:

1) S. Bagiński: P. G. L. 1932. Str. 837. — 2) A. Butenandt: Zbl. f. Gyn. Nr. 2. Str. 71. 1935. — 3) C. Clauberg: Klin. Woch. 1930. Str. 2004. — 4) C. Clauberg: Klin. Woch. 1931. Str. 1949. — 5) C. Clauberg i W. Breipohl: Klin. Woch. 1935. Str. 119. — 6) R. Courrier: C. r. d. S. d. B. T. 99. Str. 224. — 7) K. Ehrhardt: Münch. Med. Woch. 1934. Str. 1838. — 8) A. Wl. Elmer, B. Giędosz i M. Scheps: C. r. d. S. d. B. T. 118. Str. 1373. — 9) E. Fels, K. H. Slotta i H. Ruschig: Klin. Woch. 1934. Str. 1207. — 10) M. Franke i L. Ptaszek: C. r. d. S. d. B. T. 113. Str. 1302. — 11) D. Gostimirović i T. Miranda: Medicinski Pregled. 1934. Str. 227. — 12) M. Hirsch: Handb. d. inn. Sekretion T. I. 1. 1932 i T. II. 1. 1929. Str. 971.. Wyd. C. Kabitzsch-Lipsk. — 13) W. Hohlweg: Klin. Woch. 1934. Str. 92 i 1935. Str. 1027. — 14) M. Hohlweg i M. Dohrn: Klin. Woch. 1932. Str. 233

i Wien. Arch. f. inn. Med. T. 21. Str. 337. 1931. — 15) F. Jayle: La Presse Méd. 1935. Nr. 9. Str. 167. — 16) L. Karp: C. r. d. S. d. B. T. 114. Str. 357 i P. G. L. 1934. Str. 714. — 17) L. Karp i B. Kostkiewicz: C. r. d. S. d. B. T. 114. Str. 1339., P. G. L. 1934. Str. 49 i Klin. Woch. 1934. Str. 489. — 18) B. Kostkiewicz: P. G. L. 1935. Str. 289. — 19) C. Kaufmann: Klin. Woch. 1933. Str. 217 i 1935. Str. 778. — 20) St. Liebhart: P. G. L. 1927. Str. 111 i 1935. Str. 173, 196, 213. — 21) F. Laquer: Hormone u. inn. Sekretion. II wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk 1934. — 22) K. Portmann: C. r. d. S. d. B. T. 115. Str. 89. — 23) F. Poos: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. T. 54. Str. 709. — 24) R. Rivoire: La Presse Méd. 1934. Str. 1940. — 25) J. Szymanowicz: P. G. L. 1922. Str. 554. — 26) W. Scheringer: Arch. f. Gyn. T. 146. Z. 2. Str. 248. — 27) Fr. Sienicki: Therapia Nova. 1935. Str. 61. — 28) Seitz, Wintz i Fingerhut: Münch. Med. Woch. 1914. Nr. 30 i 31. — 29) H. Sochański: P. G. L. 1931. Str. 259 i 1932. Str. 421. — 30) Fr. Uhlmann: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. T. 55. Str. 487. — 31) T. Wiczyński: Pamiętnik Jub. Wydz. lek. lwowsk. 1920 (Odbitka). — 32) T. Wiczyński: Lwowski Tyg. Lek. 1921. Str. 53. — 33) T. Wiczyński: P. G. L. 1931. Str. 100 i 1935. Str. 481. — 34) B. Zondek i S. Aschheim: Klin. Woch. 1925. Str. 1388 i 1926. Str. 2199. — 35) J. Zubrzycki: P. G. L. 1927. Str. 109 i 1932. Str. 645.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. W. JANKOWSKI. Lwów.

Tracheotomia.

Z Kliniki Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. T. Zalewski.

Dokończenie.

Po usunięciu zmian twardzielowych w krtani, przy szerokiej głośni kiedy chory już dłuższy czas oddycha przez krtań przy zamkniętej rurce, usuwamy rurkę tracheotomijną. Otwór potracheotomijny po wyjęciu rurki zaciąga się szybko, często jednak pozostaje mniejsza lub większa przetoka tchawiczna, którą należy zamknąć plastycznie. Zamknięcie plastyczne przetoki jako zabieg łatwy, wykonujemy często ambulatoryjnie.

W Klinice naszej przetokę potracheotomijną zamykamy w następujący sposób: brzegi otworu obkrawujemy naokoło w świetle samego otworu, brzegi w ten sposób powstałego okrężnego cięcia odpreparowujemy cokolwiek, następnie brzeg wewnętrzny wpuklamy ku wewnątrz, brzeg zaś zewnętrzny zeszywamy.

W dwóch przypadkach mieliśmy zejście śmiertelne. 1) Mężczyzna lat 22, zgłosił się do kliniki z silną dusznością. W krtani nagłośnia ustawiona była niesymetrycznie, ściągnięta z obu stron bliznami, nad strunami rzekomemi płaskie blizny, więzadła głosowe gorzej ruchome, poniżej widoczne wałowate nacieki, zwężające światło głośni do 1/5; chory oddycha z wyraźnym świstem. 4-go dnia pobytu na klinice, w nocy wystąpiła silna duszność z sinicą, chorego przywieziono natychmiast do sali operacyjnej, tymczasem nastąpił bezdech. Wykonano intercricothyreotomję (Nottracheotomia) i zastosowano sztuczne oddychanie. Po kilkunastu minutach słabe ruchy oddechowe wróciły, przystąpiono wtedy do wykonania górnej tracheotomji, w czasie operacji wystąpił ponowny bezdech, po otwarciu tchawicy stwierdzono grube nacieki twardzielowe, schodzące wdół. Wykonano dolną bronchoskopję i stwierdzono silne zwężenie tchawicy spowodowane naciekami twardzielowemi tuż ponad rozdwojeniem, tak że nawet najmniejszego numeru bronchoskopu Brüningsa przez to zwężenie nie dało się przeprowadzić. Światło tchawicy założone było prócz tego zaschniętą wydzieliną. Wydzielinę częściowo usunięto wacikami chory otrzymał dwa razy hexeton domięśniowo i dwa razy adrenalinę dosercowo. Pomimo to oddechy nie wróciły. Na sekcji stwierdzono: *Scleroma nasi, epipharyngis, laryngis, tracheae et bronchium. Emphysema pulmonum acutum. Thymus persistens.* Nacieki twardzielowe powodowały zwężenie tchawicy powyżej rozdwojenia oraz zwężenie głównych pni oskrzelowych.

U osobnika tego rozwinęła się twardziel, zajmując drogi oddechowe w całej rozciągłości, dając szczególnie silne zwężenie światła tchawicy w dolnym jej odcinku oraz w zakresie oskrzeli głównych. Gdyby chory przedtem był się zgodził na proponowany zabieg, tracheotomja wykonana w korzystniejszych warunkach z następowem leczeniem, może uratowałaby chorego. Należy zwrócić uwagę, że silne zwężenie krtani, trwające przez czas dłuższy i połączony z niem brak tlenu i powtarzającemi się napadami duszności, zdaje się wpływać niekorzystnie na ośrodek oddechowy, lub na serce, stąd jak to na to zwrócił uwagę Seidler a przedtem Marschik, u ludzi z przewlekłemi zwężeniami krtani, śmierć następuje niekiedy z powodu nagłego porażenia ośrodków w rdzeniu przedłużonym, uszkodzonych już poprzednio wskutek niedostatecznego oddechania. Z tego powodu u ludzi z przewlekłemi zwężeniami krtani, którzy już niejeden napad duszności przeszli, należy wcześnie wykonać tracheotomję, a nie dopiero podczas duszenia się chorego, kiedy ośrodek oddechowy jest już zbyt wyczerpany. Również należy zwracać podczas duszności baczną uwagę na czynność serca. Podobny przypadek niejako „przedwczesnego“ zaduszenia się chorego podaje Seidler. Może też wchodzić w tych przypadkach do pewnego stopnia w rachubę i wstrząs operacyjny. 2) Kobieta w 7 miesiącu ciąży, zgłosiła się ze zmianami twardzielowemi w jamie nosowej i w krtani. Chora ta miała znaczną duszność. Wykonano dolną tracheotomję, stwierdzono zmiany twardzielowe schodzące niżej, do głównych pni oskrzelowych. W miarę trwania ciąży, występowały coraz silniejsze napady duszności, chora na proponowane przedwczesne rozwiązanie nie godziła się. Stan chorej stale pogarszał się, pomimo rozszerzania tchawicy i oskrzeli zapomocą bronchoskopji. Po dwumiesięcznem leczeniu, w stanie ciężkim chorą przewieziono na klinikę położniczą, gdzie natychmiast wykonano cięcie cesarskie pochwowe; chora zmarła wśród objawów uduszenia. Sekcja wykazała: *Scleroma rhino - laryngo - tracheobronchiale. Bronchitis purulenta. Emphysema pulmonum acutum. Hypertrophia et dilatatio cordis. Sectio cesarea vaginalis facta.* Ciąża prawdopodobnie potęgowała duszności, ale i wcześniejsze rozwiązanie chorej, zapewneby jej nie uratowało, gdyż obydwa główne oskrzela, na całej swej długości okazywały nacieki twardzielowe, zwężające znacznie światło. Zwężenie oskrzeli było przedewszystkiem przyczyną śmierci chorej.

Drugiem co do częstości schorzeniem krtani, spowodu którego wykonaliśmy tracheotomję jest rak krtani. Ogółem wykonaliśmy tracheotomję u 33 chorych, wyłącznie u mężczyzn. Co do wieku przypadki dzieliły się w następujący sposób:

lata	35—40	40—45	45—50	50—55
Ilość przyp.	1	3	5	4

lata	55—60	60—65	65—70	powyżej 70
Ilość przyp.	9	7	2	2

Jak z tego wynika na lata pomiędzy 55—65 rokiem życia przypada prawie połowa wszystkich przypadków. Pierwszemi objawami rozpoczynającego się schorzenia była chrypka. Dlatego stale utrzymująca się chrypka u ludzi starszych jest objawem, którego nigdy nie należy lekceważyć. Chrypka utrzymywała się przez czas dłuższy od kilku miesięcy do 2—3 lat. Następnie dołączały się, trudności w oddychaniu, stale wzmagające się. Dość często (24%) występowały bóle przy połykaniu, miało to miejsce przy rakach umiejscowionych przy wejściu do krtani.

Na 33 chorych — w 19 przypadkach wykonano tracheotomję spowodu duszności. Wszystkie te przypadki nie nadawały się do dalszego leczenia operacyjnego. U 14 tracheotomja była przedwstępnym zabiegiem przed leczeniem operacyjnym, z tego u 6 wykonano tracheotomję i laryngofissurę jednoczasowo, u dalszych 8 chorych wykonano najpierw tracheotomję, a następowo w jakiś czas potem laryngofissurę lub laryngektomję. Zdania, czy należy raka krtani operować jednoczasowo, czy dwuczasowo, z tracheotomją lub bez tracheotomji są podzielone. Na 26 przypadków chorych na raka krtani, leczonych operacyjnie, w 14 przypadkach wykonano tracheotomję przed operacją lub jednocześnie z operacją, w 12 przypadkach wykonaliśmy laryngektocję albo laryngofissurę bez tracheotomji w tem jedna kobieta lat 32.

Gojenie się rany potracheotomijnej u chorych na raka, jest w porównaniu z chorymi na twardziel znacznie gorsze. W przeszło 40% wystąpiło ropienie a niekiedy nawet zgorzel tkanki skutkiem czego w 2 przypadkach wystąpiły w kilka dni po operacji silne krwotoki; o krwotokach podobnych wspomina i Engelhardt. W dwóch przypadkach przyszło do wytworzenia się rozległych zacieków zapalnych, które schodziły aż na skórę mostka, poczem przyszło do wytworzenia się ropni w okolicy mostka, które musiano otworzyć. W 68% przypadków wystąpiło po operacji podwyższenie ciepłoty do 38° i powyżej które utrzymywało się dwa do kilka dni po operacji; nieraz podwyższenie ciepłoty zjawia się dopiero w kilka dni po operacji, na skutek ropienia rany. Przyczyna gorszego gojenia się rany leży w silnem wyniszczeniu organizmu chorego na raka, tem bardziej że przeważnie mieliśmy do czynienia z przypadkami ciężkiemi daleko posuniętego raka. Na 33 zaledwie 14 można było leczyć jeszcze operacyjnie. Na 33 tracheotomij — wykonano 30 górnych a tylko trzy dolne. Nawet w tych przypadkach, u których wykonaliśmy tracheotomję, jako operację przedwstępną, do dalszej

operacji, wykonaliśmy przeważnie tracheotomję górną. (Soerensen). Na 33 przypadki raków krtani — w 31 przypadkach mieliśmy do czynienia z pierwotnym rakiem krtani, w jednym przypadku, rak przełyku przeszedł następowo na krtań, a w jednym przypadku rak wargi dolnej dał przerzuty do gruczołów limfatycznych na szyji, które następowo wrosły do krtani, dając objawy duszności. W 2 przypadkach wykonaliśmy tracheotomję górną spowodu mięsaka. W pierwszym przypadku dotyczyło to mężczyzny, lat 51, z mięsakiem w krtani, w drugim przypadku kobiety lat 33 z mięsakiem migdałka lewego, z przerzutami do gruczołów limfatycznych, silnie uciskających krtań.

W jednym przypadku polipa krtani wielkości czereśni, musiano wykonać tracheotomję spowodu znacznej duszności. Wykonano tracheotomję górną, po 5 dniach laryngofissurę, a w dwa tygodnie rurkę usunięto.

W 9 przypadkach wykonano tracheotomję górną spowodu gruźlicy krtani, z silną dusznością. U 5 mężczyzn (wiek od 20 do 40 lat) i u 4 kobiet (wiek od 20 do 30 lat). We wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia z daleko posuniętemi zmianami gruźliczemi płuc i krtani. W 6 przypadkach rana pooperacyjna okazywała silne ropienie i wykazywała bardzo małą dążność do gojenia. Dwa przypadki skończyły się śmiercią. Jeden w niespełna miesiąc po operacji, drugi zmarł w 2½ miesiąca po zabiegu. O losach reszty chorych nie mamy wiadomości; dotyczyło to w znacznej części rolników, którzy wracając na wieś tracili styczność z kliniką. Sprawa w płucach zazwyczaj ulegała zaostrzeniu, do czego przyczyniało się z jednej strony dostawanie się powietrza do płuc wprost przez rurkę tracheotomijną z pominięciem jamy nosowej, z drugiej zaś strony utrudnione wyksztuszanie wydzieliny przez rurkę. Dlatego jesteśmy zdania, że przy zmianach gruźliczych w krtani i w płucach, należy o ile możliwie unikać tracheotomji. Stanberger, Hajek, Preysing, Moritz, Schmidt (9), Blumenthal i inni wykonują tracheotomję w gruźlicy krtani jako zabieg leczniczy, wychodząc ze stanowiska, że chorą krtań należy unieruchomić, podobnie jak odmą płuco, a gipsem schorzały staw. W zastosowaniu jednak do krtani, założenie rurki tracheotomijnej pociąga za sobą cały szereg szkodliwości, głównie dla schorzałego płuca. Niewątpliwie wyżej wymienieni autorowie mieli korzystne wyniki po tracheotomji, jednak jak się zdaje, stosowali ją w przypadkach nieznacznych zmian w płucach, więc w przypadkach korzystnych, w których inną drogą można również dojść do dobrych wyników.

Spowodu tocznia krtani wykonaliśmy tracheotomję tylko w jednym przypadku. Dotyczyło to kobiety lat 21, u której od dwóch lat wystąpiła chrypka, a w ostatnich czasach przyłączyła się duszność. W jamie gardłowej, na podniebieniu miękkiem, stwierdziliśmy drobne nacieki guzkowe, miękkie, z powierzchownemi ubytkami, zmiany te przechodziły ku tyłowi w blizny. Nagłośnia cała zbliznowaciała, z drobnemi naciekami. Światło krtani znacznie zwężone przez liczne blizny. Po szybkiem zagojeniu się rany chora na własne żądanie opuściła klinikę.

Spowodu spraw ostrych obrzękowych wykonano tracheotomję w następujących przypadkach:

W pierwszym przypadku chory w celu samobójczym poderżnął sobie gardło. Rana zagoiła się, pozostało jednak pewne utrudnienie w oddychaniu, po trzech miesiącach wystąpiło nagle pogorszenie w oddychaniu. Przy badaniu stwierdzono zapalenie ochrzęstnej w zakresie przedniej ściany krtani, częściowe obumarcie chrząstki tarczykowej. Spowodu silnej duszności wykonano tracheotomję górną i otwarto od zewnątrz przez chrząstkę ropień między śluzówką a chrząstką. Po 15 dniach można było rurkę usunąć.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny lat 61, który zachorował przed czterema dniami wśród objawów dreszczy, bólów gardła i duszności. Duszność szybko się zwiększała. Badanie wykazało ostry obrzęk wejścia do krtani. Wykonano tracheotomję górną. Na trzeci dzień chory zmarł. Sekcja wykazała: *Phlegmona laryngis et mediastinitis descendens.*

W trzecim przypadku również u mężczyzny rozwinęła się w przeciągu kilku dni *phlegmona krtani,* w postaci silnego obrzęku zatoki gruszkowatej lewej, i wejścia do krtani wśród objawów dreszczy, gorączki, bólów gardła i stale wzmagającej się duszności. Wykonano tracheotomję dolną, przyczem okazało się, że części miękkie szyji są też nacieczone zapalnie, z tego powodu wykonano dodatkowo szerokie nacięcia na szyji. Chory po chwilowej poprawie zmarł. Sekcja potwierdziła rozpoznanie.

W obydwóch ostatnich przypadkach mieliśmy do czynienia z ostrem zakażeniem, które nie ograniczyło się do krtani, ale przeszło na otoczenie i do śródpiersia — powikłania te są zwykle śmiertelne.

Prócz tych przypadków, w których obrzęk umiejscowiony był w górnej części krtani, widzieliśmy dwa przypadki zapalenia krtani podwięzadłowego. Pierwszy przypadek zapalenia o przebiegu ostrym. Badanie wykazało pod strunami głosowemi w krtani obrzęk, w postaci poduszkowatych wałów, pokryty żywo przekrwioną błoną śluzową. Światło krtani było silnie zwężone. Wykonano tracheotomję górną. Badania na kiłę i twardziel dało wynik ujemny. Podano jod i trzykrotnie naświetlano promieniami Roentgena. Po miesiącu obrzęk ustąpił, rurkę wyjęto, rana zagoiła się.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny lat 47. W przypadku tym przebieg był podostry. Duszność wystąpiła od miesiąca. W krtani stwierdzono wałowate obrzęki podwięzadłowe obustronne, silnie zwężające światło krtani. Badanie na kiłę i twardziel dało wynik ujemny. Wykonano tracheotomję górną. Chory po zagojeniu się rany na własne żądanie opuścił klinikę.

W przebiegu odry u dziecka 3½ letniego wystąpiła duszność stale wzmagająca się, już w drugim dniu choroby. Po tygodniu stwierdzono silny obrzęk wnętrza krtani, który powodował znaczną duszność. Wykonano dolną tracheotomję i dziecko oddano na oddział zakaźny.

Ciała obce w przełyku są rzadko przyczyną tracheotomji. W razie dłuższego zalegania ciała obcego w pierwszej cieśni przełyku, występuje obrzęk i ropienie na szyji, uciskające na krtań i tchawicę; jeżeli sprawa zapalna z przełyku przejdzie na krtań, może wystąpić ostry obrzęk wejścia do krtani, powodujący duszność. O ile duszność jest dużego stopnia, zmuszeni jesteśmy wykonać tracheotomję. Tutaj wchodzi w rachubę przedewszystkiem tracheotomja górna, wykonując ją bowiem możemy równocześnie otworzyć naciek okołoprzełykowy. Są to przypadki bardzo ciężkie, prawie zawsze kończące się śmiercią. W naszej statystyce mamy cztery takie przypadki, w których wykonano tracheotomję górną.

W pierwszym przypadku była to dziewczynka lat 13, z objawami uwięzgniętego ciała obcego w przełyku, od dwóch dni, z silną gorączką. Zapomocą oesophagoskopji usunięto ciało obce, blaszkę kostną o ostrych brzegach, długości dwóch cm, blaszka ta wbita była w ścianę przełyku na wysokości pierwszej cieśni. Błona śluzowa przełyku w miejscu zaklinowania ciała obcego była silnie obrzmiała. Stan chorej po usunięciu ciała obcego nie poprawił się, gorączka i bóle przy połykaniu stale utrzymywały się. Po dwóch tygodniach stwierdzono nacieczenie części miękkich od przodu, a w głębi wyczuwało się chełbotanie. Wobec tego przystąpiono do otwarcia ropnia. — Przy układaniu głowy, w pochyleniu w tył, nagły bezdech, natychmiastowa tracheotomja, przyczem tchawica i krtań założone były wydzieliną ropną z domieszką krwi, zapewne ropień przebił do tchawicy. Sekcji nie robiono.

Drugi przypadek dotyczył chłopca lat 3, który przed czterema dniami bawiąc się dwu-groszówkami, kilka z nich połknął. Dziecko obrócono główką na dół, przyczem kilka monet wypadło. Od tego czasu utrzymuje się jednak stale gorączka, niemożność połykania i bóle gardła; ostatnio przyłączyła się duszność. Zapomocą oesophagoskopji stwierdzono bardzo silny obrzęk w przełyku, ciała obcego nie wykryto. Po oesohagoskopji stwierdzono odmę podskórną na szyji i klatce piersiowej. Tego samego dnia spowodu duszności wykonano tracheotomję. W kilka godzin potem zejście śmiertelne.

Sekcja wykazała: *Ulcera decubitalia oesophagi. Perforatio ulceris in regione cardiaca oesophagi, corpus alienum* (dwugroszówka) *in mediastino posteriore progrediens. Pleuritis sero-fibrinosa recens ambilat. Emphyema subcut. mediastini ant. et thoracis.*

W trzecim przypadku chora lat 26, zgłosiła się w bardzo ciężkim stanie po wyjęciu ciała obcego w przełyku. Wyjęcia dokonano przed 12 dniami. Od tego czasu stale utrzymuje się podwyższenie ciepłoty, silne bóle gardła, bóle w śródpiersiu, niemożność połykania i duszność. Przy badaniu stwierdza się obrzęk chrząstek nalewkowych i tylnej ściany gardła. Z przodu na szyji twardy naciek. Chora z trudnością oddycha. Wykonano tracheotomję, przyczem stwierdzono wypuklenie ściany tchawicy ku światłu tejże. Stan chorej pogarszał się i w ciągu 24 godzin nastąpiła śmierć. — Sekcji spowodów zewnętrznych nie robiono.

Czwarty przypadek dotyczył kobiety lat 31, która przed dwoma dniami połknęła kość. Chora skarży się na silne bóle w śródpiersiu i niemożność połykania. Wykonano oesophagoskopję i stwierdzono silny obrzęk i kość na wysokości pierwszej cieśni w przełyku. Kość usunięto. Chora nadal gorączkuje, lekka duszność. 5 dnia duszność nagle wzmogła się, tak że musiano wykonać tracheotomję. Stwierdzono prócz tego wypuklenie się tylnej ściany gardła, w miejscu tem chełbotanie, ropień nacięto, przyczem wylała się dość duża ilość ropnej treści. Na drugi dzień chora zmarła. Sekcja wykazała: *oesophagitis, oedema aditus ad laryng. Mediastinitis posterior purulenta, pyothorax.*

W dwóch przypadkach duszność wystąpiła spowodu unieruchomienia strun głosowych. W pierwszym przypadku duru osut-

kowego już w czasie rekonwalescencji wystąpiła duszność stale wzmagająca się. Przy badaniu stwierdzono niedowład obustronny nerwu zwrotnego, struny nieruchome. Światło głośni zwężone do 1/5. Wykonano tracheotomję górną. Ruchomość strun głosowych nie wróciła. Chorego wypisano z rurką do domu z tem, że za kilka miesięcy ma się zgłosić do przypuszczalnej operacji, któraby miała na celu przywrócenie drożności krtani.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny lat 47, u którego od roku wystąpiła chrypka. Od kilku miesięcy pojawiła się początkowo lekka duszność, która od 2 tygodni bardzo silnie się wzmogła. Badanie wykazuje: lewa struna nieruchoma, prawa struna nieznacznie przy wdechu odchyla się na bok. Wykonano tracheotomję górną, odczyn Wassermanna i Sachs Georgego dodatni. Chorego skierowano do leczenia specyficznego.

W następnym przypadku wykonano również tracheotomję spowodu kiły trzeciorzędnej. Dotyczyło to chorego, który przed 4 laty przeszedł owrzodzenie pierwotne, chrypka datuje się od 2 lat, a od miesiąca wystąpiła duszność. Zmiany dotyczyły podniebienia miękkiego i krtani. Cała środkowa część podniebienia wraz z języczkiem zniszczona. Nagłośnia nacieczona, obrzękła, nieruchoma. Chory ma znaczną duszność. Odczyn Wassermanna i Meinickego dodatni. Wykonano tracheotomję górną. Chory na leczenie specyficznie się nie zgodził. Wypisany z kliniki.

Wreszcie w jednym przypadku zwężenia fartuszkowego krtani wykonano tracheotomję górną, zwężenie to dużego stopnia powstało po dyfterji i dotyczyło chłopca lat 7. Blizna w postaci grubej błony znajdowała się pod strunami głosowemi.

Ciała obce w tchawicy i oskrzelach szczególnie u dzieci są dość często wskazaniem do tracheotomji. Tracheotomję wykonujemy w tych przypadkach celem skrócenia drogi przez którą wydobywamy ciało obce. Zazwyczaj wykonujemy tracheotomję dolną. Postępowanie nasze przy wyjmowaniu ciał obcych zależne jest od wieku chorego, od jakości i kształtu ciała obcego. Nieraz bezpieczniej jest narazić chorego na stosunkowo nieznaczny zabieg operacyjny, jakiem jest tracheotomja i przez otwór w tchawicy usunąć ciało obce, niż użyć bronchoskopji górnej. W przypadkach ciał obcych niebezpiecznych (groch, fasola, paciorki szklane i t. p.), dolna bronchoskopja jest zabiegiem najodpowiedniejszym. Po usunięciu ciała obcego, najczęściej wkładamy rurkę tracheotomijną na parę dni, gdyby bowiem następowo wystąpił ostry obrzęk błony śluzowej tchawicy, mamy łatwiejszy sposób zapobiegania duszności; w wyjątkowych przypadkach rurki tracheotomijnej nie wstawiamy, tylko po usunięciu ciała obcego ranę zeszywamy. Łatwiej zdecydować się na natychmiastowe zaszycie rany w tych przypadkach, w których dokładnie zorjentowani jesteśmy, że krtań nie okazuje żadnych zmian zapalnych.

Podaję w skróceniu historje chorób ciał obcych:

1. Chłopiec lat 2½ dnia poprzedniego zakrztusił się ziarnem fasoli, wystąpiła duszność, wykonano tracheotomję i w bronchoskopji dolnej stwierdzono ziarno fasoli w oskrzelu lewem, które wydobyto.

2. Dziewczynka lat 2, zachłysnęła sie ziarnkiem palonej kawy, wystąpiła natychmiast duszność. Wykonano tracheotomję dolną w uśpieniu i bronchoskopję. Ciała obcego nie stwierdzono. W dwa dni potem zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *Corpus alienum bifurcationis bronchi sin. subsequent. ulc. mucos. Status thymolimphaticus.* Ciało obce było więc schowane głęboko w oskrzelu lewem, w miejscu rozgałęzienia się tegoż na oskrzela wtórne.

3. Chłopiec lat 2½ przed dwoma dniami zachłysnął się ziarnkiem fasoli. Wystąpiła silna sinica, tracheotomja dolna w uśpieniu. Bronchoskopja. W tchawicy stwierdzono ziarno fasoli, które chwycono szczypczykami i podciągnięto ku górze. W pewnej chwili ziarnko rozłupało się i spadło niżej, zamykając całkowicie światło tchawicy. Wśród objawów zaduszenia zejście śmiertelne. Sekcja wykazała: *corpus alienum supra carinam tracheae haerens et lumen tracheae obturans. Volumen pulmonum auctum.*

4. Chłopiec lat 13, zaksztusił się ziarnem fasoli, wystąpiła silna duszność. Tracheotomja dolna i bronchoskopja. Wykazano ziarno fasoli tkwiące swym dolnym biegunem w oskrzelu prawem, szczypczykami Brüningsa ziarno fasoli podciągnięto do otworu tracheotomijnego, następnie poniżej ścianę tchawicy uciśnięto, tak ażeby ciało obce nie mogło się zesunąć ku dołowi i ostatecznie wydobyto je silną pensetą anatomiczną.

5. Chłopiec lat 2, zachłysnął się kawałkiem orzecha włoskiego. Tracheotomja dolna, bronchoskopja wykazała ciało obce w lewem oskrzelu. Ciało obce wydobyto. Stan chorego pogarszał się, wystąpiło zapalenie płuc i 6 dnia chory zmarł. Sekcja wykazała: *bronchopneumonia confluens lobi infer. utr.*

6. Mężczyzna lat 19, chory na twardziel *(scleroma nasi, epipharyngis, pharyngis, laryngis et tracheae)* leczony gdzieindziej, zgłasza się podając, że poprzedniego dnia przy zakładaniu rozszerzadła Schroettera, część tegoż odłamała się, i pozostała wewnątrz. Od tego czasu wystąpiła silna duszność. W krtani stwierdzono podwięzadłowe nacieki, zwężające światło krtani mniejwięcej do połowy. Ponieważ wyjęcie ciała obcego drogą górnej bronchoskopji skutkiem silnego zwężenia głośni było niemożliwe, wykonano tracheotomję górną i bronchoskopję, w prawem oskrzelu stwierdzono koniec odłamanej rurki. Ciało obce wydobyto (odłamek rozszerzadła Schroettera — długi na 5 cm).

7. Chłopiec lat 9, przed 4 dniami bawiąc się włożył do ust małą żaróweczkę elektryczną, od lampki kieszonkowej. W pewnej chwili zgryzł żarówkę, część szkła wypluł, a część dostała się do dróg oddechowych. Wystąpiła duszność, w prześwietleniu klatki piersiowej widoczny w polu płuca lewego u lewego brzegu serca tuż poniżej łuku aorty cień w kształcie półkrążka, długości około 2 cm, który mógłby odpowiadać ciału obcemu. Wykonano tracheotomję dolną, i bronchoskopję, przyczem stwierdzono w lewem oskrzelu obecność ciała obcego. Przy chwytaniu szczypczykami szkło pękło na cztery drobniejsze kawałki, dwa z nich usunięto, dwa mniejsze chory przez rurę wykrztusił.

8. Dziewczynka lat 2, zakrztusiła się przed trzema tygodniami metalową śrubką od budzika. Tracheotomja dolna i bronchoskopja. Wydobycie ciała obcego z lewego oskrzela. Bronchopneumonia. Chora przez dwa tygodnie gorączkowała. Ostatecznie jednak wyleczona opuściła klinikę.

9. Chłopiec lat 9, zachłysnął się pestką od śliwki. Zrobiono tracheotomję dolną, ciało obce wydobyto. Leczenie następowe bez powikłań. Chory opuścił zdrów klinikę.

10. Kobieta lat 29, która przed kilkoma dniami wetchnęła igłę. *Status post partum. Bronchopneumonia.* Wykonano tracheotomję górną w znieczuleniu miejscowem. Igłę z tchawicy wydobyto, chora zmarła na zapalenie płuc odoskrzelowe.

Ogółem wykonaliśmy więc tracheotomję spowodu ciała obcego w oskrzelach w 10 przypadkach, z tego u dzieci w 8 przypadkach wykonano wyłącznie tracheotomję dolną i w 2 przypadkach u dorosłych wykonano tracheotomję górną. W 2 przypadkach ciała obcego mimo tracheotomji nie wydobyto. Z 10 przypadków — 4 zmarło, w tem jeden przez zaduszenie, trzy pozostałe na zapalenie płuc.

Nieraz jesteśmy zmuszeni wykonać tracheotomję przed postawieniem ścisłego rozpoznania, kierując się jedynie tylko jednym objawem duszności, nieraz nie jesteśmy też w możności choć w przybliżeniu określić przyczyny duszności, a stan chorego nie pozwala na przewlekanie badania. Jako przykład może służyć następujący przypadek, dotyczący dziewczynki w wieku 17 miesięcy. Matka chorej podaje, że zauważyła od trzech tygodni stale zwiększającą się duszność. Stan obecny: dziecko słabo odżywione, blade, duszność dość znaczna, z widocznem napinaniem się mięśni dodatkowych oddechowych. Na drugi dzień duszność się wzmogła, Wezwany pedjatra w płucach i narządach wewnętrznych zmian nie stwierdził. Wykonano tracheotomję dolną. Po operacji napad duszności nie zmniejszył się, chora gorączkuje swierdzono zapalenie płuc, stan ogólny gorszy. 5 dnia po operacji zejście śmiertelne. Wynik sekcji: *Caries vertebrae prominentis specifica. Abscessus retropharyngealis oesophagum et tracheam comprimans. Bronchopneumonia dispersa lobi infer. pulmon. dextr.*

Wskazania nasze mieszczą się w wyżej podanych zasadniczych grupach: spowodu duszności mieliśmy 89 tracheotomij, przyczem w 86 przypadkach przyczyna duszności była wewnątrz dróg oddechowych w postaci nacieków, blizn, nowotworów, lub unieruchomienia strun, a w trzech przypadkach przyczyna duszności leżała zewnątrz dróg oddechowych w postaci ropni szyjnych i gardłowych.

Jako zabieg przygotowawczy wykonaliśmy tracheotomję u 14 chorych na raka krtani, w jednym przypadku mięsaka krtani, oraz w jednym przypadku polipa krtani.

Wreszcie 10 tracheotomij wykonano celem wyjęcia ciała obcego z tchawicy albo oskrzeli.

Na 115 chorych zmarło 15, a więc 13%. Uwzględnić musimy, że w naszym materjale brak dyfterji, która jak wiadomo, w przypadkach gdzie musi się wykonać tracheotomję — daje złe rokowanie.

Inne statystyki podają większe odsetki śmiertelności (po odliczeniu przypadków dyfterji). I tak Kühn na 707 tracheotomij, miał 275 zejść śmiertelnych, odliczywszy 277 tracheotomij spowodu dyfterji ze 152 przypadkami śmierci, pozostaje 397 tracheotomij ze 116 przypadkami zejścia śmiertelnego (29.5%). Navratil na 1003 tracheotomje — podaje 252 zejść śmiertel-

nych, po odliczeniu 115 tracheotomij spowodu dyfterji z 65 zejściami śmiertelnemi, pozostaje 908 tracheotomij ze 187 zejściami śmiertelnemi (20.5%); w materjale tym występuje też 200 przypadków gruźlicy, przyczem 89 przypadków skończyło się śmiercią (43%). Chiari na 410 operacyj miał 65 zejść śmiertelnych t. j. około 15.8%, z tego 39 chorych zmarło spowodu ciężkiego stanu ogólnego.

W naszym materjale tracheotomję poniekąd prawie w żadnym przypadku nie należy uważać za bezpośrednią przyczynę zejścia śmiertelnego. Zejście śmiertelne np. przy ciałach obcych w przełyku nastąpiło spowodu zapalenia śródpiersia, które należy uważać za powikłanie sprawy zapalnej w przełyku; to samo dotyczy dwóch przypadków ropowicy szyi. Jedynie w przypadkach gruźlicy, można przyjąć, że tracheotomja przyczyniając się do sprawy chorobowej w płucach, przyspieszyć może zejście śmiertelne. Przy ciałach obcych w tchawicy i oskrzelach, tracheotomja przyczynić się może do łatwiejszego rozwinięcia się zapalenia płuc.

Wkońcu chciałbym zwrócić uwagę na t. zw. conicotomję. Zabieg ten polega na otwarciu krtani w zakresie *ligamentum conicum* w nagłych przypadkach duszności. Niektórzy autorowie posługują się w tym celu zwykłym nożem. Inni specjalnemi przyrządami rozmaitej budowy, począwszy od zwykłych iglic z odpowiednim uchwytem do trójgrańców krtaniowych.

W klinice posługujemy się w tym celu laryngotomem, który składa się z rurki i mandrynu z odpowiednią krzywizną. Przyrząd ten jest o tyle dobry, że po przebiciu więzadła i po wprowadzeniu do krtani trójgrańca, mandryn możemy z łatwością usunąć, a pozostała rurka zastępuje nam rurkę tracheotomijną. Metoda ta ma swoich przeciwników, głównie dlatego, ponieważ operujemy wtedy na ślepo, przyczem obawiano się głównie skaleczenia tylnej ściany krtani, a nawet otwarcia przełyku. U nas, w kilku nagłych przypadkach duszności zastosowaliśmy ten sposób, przyczem nigdy nie mieliśmy żadnych powikłań ze strony przełyku. W trzech przypadkach sekcyjnych stwierdziliśmy również tylną ścianę krtani zupełnie nietkniętą. Zabieg wykonujemy w następujący sposób: lewą ręką unieruchomiamy krtań, prawą wbijamy laryngoton tuż powyżej chrząstki pierścieniowatej, kierując ostrze, poziomo ku tyłowi. Po przebiciu przedniej ściany krtani, co poznajemy, po nagłym braku oporu, podnosimy rękojeść trójgrańca ku górze, przez co obniżamy ostrze, unikając w ten sposób skaleczenia tylnej ściany. Operujemy naturalnie bez znieczulenia, ponieważ chory nieprzytomny na ból nie reaguje. Zabieg wykonać można bez żadnej asysty. Na klinice stosowaliśmy ten zabieg u chorych z silnemi zwężeniami krtani, którzy do ostatniej chwili na proponowaną tracheotomję się nie zgodzili. Nagle występująca duszność zmuszała nas do natychmiastowego otwarcia tchawicy. Przyrząd ten oddaje nam w podobnych przypadkach dobre usługi, po ustąpieniu duszności co następuje w kilka minut, tracheotomję wykonuje się zupełnie spokojnie.

Przyrząd ten nadawać się może też dla lekarza praktyka.

Piśmiennictwo:

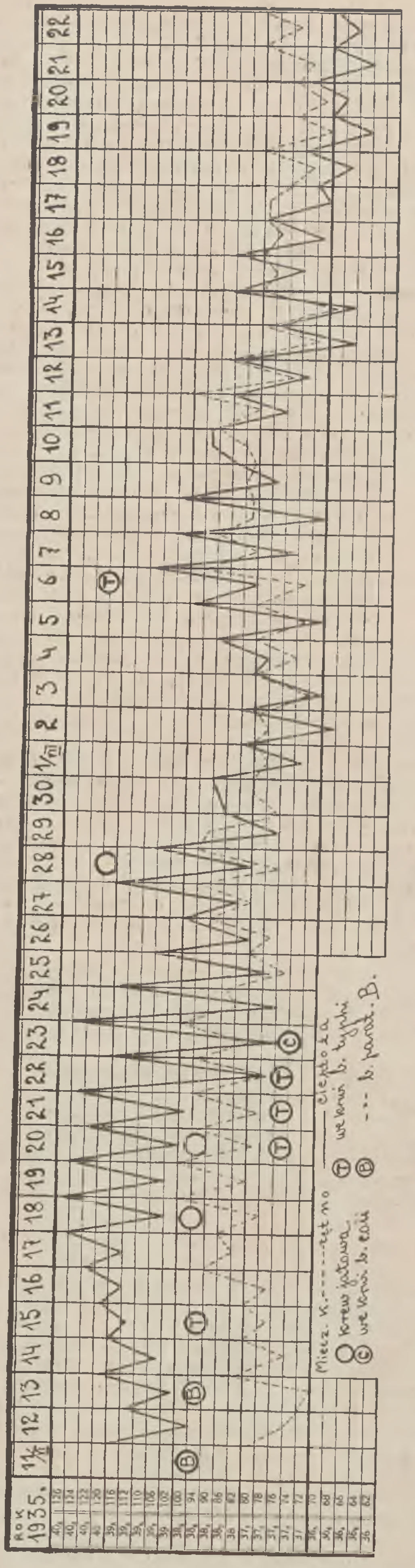
1) Kirschner Nordman: Chirurgie B. IV. 1 T. Soerensen die Chirurgie des Kehlkopfes Luftröhre. — 2) Bier, Braun, Kümell: Chirurgische Operationslehre. B. II. Str. 276—289. — 3) Soerensen: Die Mund und Halsoperationen. Str. 271—305. 4) Technique Chirurgicale Oto-rhino-laryngologique Moure. Tom IV. Str. 48—90. — 5) G. Laurens: Chirurgie Oto-rhino-laryngologie. Str. 879—901. — 6) Denker-Kahler: Handbuch der Hals, Nasen, Ohrenheilkunde. Tom II. 283—310. — 7) Kleinschmidt: Operationslehre. B. III. 2. Str. 442—473. — 8) Portman: Traité de Technique opératoire Oto-rhino-laryngologique. Tom II. Str. 841—862. — 9) J. Szmurło: Choroby krtani i tchawicy. — 10) Chiari: Chirurgie des Kehlkopfes Luftröhre. Str. 59—126. — M. Pieniążek: Laryngoskopja oraz Choroby krtani i tchawicy.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. M. BILEK. Kraków.

Niezwykłe spostrzeżenie z zakresu bakterjologji duru brzusznego.

Z oddziału zakaźnego szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Prof. Dr. J. Kostrzewski.



Przedstawiona obok karta gorączkowa wykazuje przebieg ciepłoty, zachowanie się tętna i wyniki badań bakterjologiczno-serologicznych u chorego K. M. lat 21, który przybył na oddział zakaźny 11. VI. 1935 r. prawdopodobnie z końcem drugiego tygodnia choroby jakby wynikało z podania chorego. Chory był lekko zamroczony, język miał obłożony, śledziona nie była powiększona, w płucach i sercu nie znajdowano zmian. Okazowa różyczka durowa zrazu na powłokach brzusznych średnio obfita, rozszerzyła się w następnych dniach z brzucha na klatkę piersiową a nawet na ramiona. Odczyn dwuazowy w moczu dodatni. Białka

ślad. Pod koniec drugiego tygodnia pobytu chorego na oddziele zaznaczyły się przy znaczniejszem odurzeniu objawy odoskrzelowego zapalenia płuc, tętno było słabo napięte. Tony serca w tym okresie były cichsze i głuchsze. Choroba zakończyła się wyzdrowieniem. Okres zdrowienia zakłócony był jedynie kilka dni trwającemi objawami zapalenia miedniczek nerkowych. Łaknienie w okresie zdrowienia było bardzo dobre, chory chętnie i dużo jadł, prędko i wybitnie się poprawił i opuścił szpital w stanie pełnego zdrowia 16. VIII. 1935 r. z rozpoznaniem *typhus abdominalis*.

Postępując według zwyczaju oddziałowego badano wielokrotnie krew chorego na pożywkach i na właściwości zlepne. Postępuje się tak zawsze u chorych gorączkujących, czyto w celu utwierdzenia rozpoznania, czyto dla ponownego stwierdzenia właściwości krążących we krwi zarazków. Powyższy zwyczaj tłumaczy mnogość badań krwi, które były u K. M. przeprowadzane. I tak: 11. VI. stwierdzono we krwi chorego *b. paratyphi B*. Właściwości zlepne surowicy krwi chorego dotyczyły jedynie *b. paratyphi B*, które zlepiała w rozcieńczeniu 1 : 100. *B. typhi*, *b. paratyphi A.*, *b. paratyphi C*, szczepy czerwonkowe, pałeczki Banga i X_{19} nie ulegały zlepianiu. 13. VI. stwierdzono znowu we krwi *b. paratyphi B*. Surowica zlepiała pałeczki *parat. B*. już w rozcieńczeniu 1:200. Innych wymienionych wyżej drobnoustrojów nie zlepiała.

Na podstawie wyżej podanego zwyczaju oddziałowego zarządzono dalsze badania krwi, które wykazały: 15. VI. we krwi chorego *b. typhi*. Surowica zlepiała pałeczki *parat. B* ale tym razem nawet w rozcieńczeniu 1 : 1600. Innych drobnoustrojów nie zlepiała.

18. VI. krew była jałowa. Surowica chorego zlepiała tylko *b. parat. B*. w rozcieńczeniu 1 : 800. 20. VI. rano, wyhodowano z krwi *b. typhi*, przyczem surowica krwi chorego nadal zlepiała jedynie *b. paratyphi B* i to w rozcieńczeniu 1 : 1600. Krew pobrana tegoż dnia popołudniu była jałową.

21. VI. i 22. VI. stwierdzono we krwi obecność *b. typhi*. 23. VI. przy ciężkim stanie chorego wykazano we krwi chorego obecność *b. coli*. Stan chorego był poważny jednak nie pogarszał się, owszem pod koniec trzeciego a z początkiem czwartego tygodnia pobytu chorego w szpit. był nieco lepszy. 28. VI. krew była jałowa. Surowica chorego zlepiała *b. parat. B* w rozcieńczeniu 1 : 400. Innych drobnoustrojów nie zlepiała. 6. VII. nasiliły się objawy odoskrzelowego zapalenia płuc, zamroczenie nie ustępowało. We krwi w dniu tym stwierdzono obecność *b. typhi*. Surowica krwi chorego zlepiała tylko *b. paratyphi B* i to w rozcieńczeniu 1 : 1600. Wszystkich innych wyżej wspomnianych drobnoustrojów nie zlepiała. W ciągu dwu tygodni nastąpił wolny powrót do prawidłowej ciepłoty ciała i przyszło do okresu zdrowienia. Szczepy wyhodowane z krwi chorego były dokładnie badane w ciągu kilku tygodni pod względem morfologicznym i biologicznym, wobec swoistych zlepiających surowic i na pożywkach rozpoznawczych. Szczepiono je na mleko, serwatkę lakmusową, poż. Rothbergera, Drygalskiego, agar skośny z ramnozą 1%, i wodę peptonową.

Wszystkie szczepy były pałeczkami Gram —, szczepy *b. parat. B*. wykazywały żywe ruchy w kropli wiszącej, szczep *b. typhi* z 6. VII. wykazywał również żywe ruchy, natomiast szczepy pozostałe wykazywały ruchy leniwe, szczep zaś z 20. VI. nie wykazywał ruchów wogóle. Szczep ten morfologicznie przedstawiał się stale w postaci b. krótkich, zbliżonych do ziarenek pałeczek. Pozatem szczepy *b. typhi* i *b. paratyphi B* zachowywały się przez cały czas typowo na pożywkach rozpoznawczych, i ulegały zlepianiu jedynie surowicą swoistą.

Szczep *b. coli* nie tworzył indolu przez cały czas badania, ścinał mleko w pierwszych przeszczepach po 24 godz. po upływie 2 tygodni od chwili wyhodowania go z krwi, szczep ścinał mleko dopiero po 48 godz. Po dalszych dwu tygodniach szczep ten już wcale mleka nie ścinał, zachowywał się jednak przez cały czas na innych pożywkach typowo jak *b. coli*.

Szczepy te poddano trzykrotnie działaniu zlepnemu surowicy chorego.

28. VI. Surowica chorego zlepiała szczepy własne *b. paratyphi B* w rozcieńczeniu 1 : 800, szczepy własne *b. typhi* w rozcieńczeniu 1 : 100. Szczep *b. coli* nie ulegał zlepianiu.

6. VII. Surowica chorego zlepiała szczepy własne *b. paratyphi B* w rozcieńczeniu 1 : 400. Szczepy własne *b. typhi*: z dnia 15. VI. 1 : 100, z 20. VI. 1 : 200, z 21. VI. 1 : 400, z 22. VI. 1 : 100. *Szczep b. coli* nie ulegał zlepianiu.

2. VIII. — już w okresie zdrowienia. — Surowica chorego zlepiała szczepy pracowniane: *b. typhi* 1 : 100, *b. parat. A.* —, *b. paratyphi B.* 1 : 400, *b. paratyphi C.* —. Szczepy czerwonkowe —. Pałeczki Banga —. X_{19} —.

Szczepy własne. Szczepy *b. paratyphi B* 1 : 200. Szczepów *b. typhi* z 15. VI., 20. VI. i 21. VI. nie zlepiała. Szczep *b. typhi* z 22. VI. ulegał zlepianiu 1 : 100. Szczep *b. coli* i szczep *b. typhi* z 6. VII. nie ulegały zlepianiu.

W przypadku powyższym wyhodowano więc w przebiegu duru brzusznego z krwi chorego dwukrotnie *b. paratyphi B*, pięciokrotnie *b. typhi*, i raz *b. coli*.

A. LANDAU, J. WAJSMAN, E. STEFFEN. Warszawa.

Rzadka postać kliniczna ostrego septycznego śródmiąższowego zapalenia nerek (nephritis interstitialis acuta septica focalis dispersa) z zejściem w wyzdrowienie.

Z I Oddziału Wewnętrznego Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Ordynator: Dr. A. Landau.

Chora B. T., prasowaczka, lat 41, przybyła do szpitala 10 dnia choroby w stanie ciężkim. Zachorowała nagle — wśród zupełnego zdrowia. Choroba zaczęła się od bólu głowy, nudności i wymiotów, bólów ściskająco-opasujących w obu podżebrzach, rozwolnienia. Jednocześnie wystąpiły dreszcze, ciepłota ciała podniosła się do 38°—39°. W ciągu następnych dni gorączka uległa obniżeniu, a ból głowy i rozwolnienie stopniowo ustąpiły, pozostał jednak stan osłabienia, któremu towarzyszyły wyraźne bóle gardła przy połykaniu oraz wymioty po przyjęciu każdego posiłku, co znacznie utrudniało odżywianie chorej. Oprócz tego chora podała, iż od tygodnia nie oddaje moczu: początkowo dokuczało częste parcie bez możności oddania moczu, później objawy dyzuryczne ustąpiły, bezmocz jednak trwa nadal.

W chwili przybycia do szpitala stwierdzono: Chora nieco odurzona, jednak zorjentowana. Częsta czkawka. Tętno 90 na min., miarowe, miernie napięte i wypełnione. Oddechów 20 na 1 min., głębokie, głośne. Ciśnienie krwi: 115/70 mm Hg. Stan bezgorączkowy i bezobrzękowy. Twarz zaczerwieniona. Język obłożony bardzo grubym, brunatnym, cuchnącym nalotem, po jego usunięciu ukazuje się sucha, czerwona, gładka śluzówka. Dużo ciągnącej się wydzieliny śluzowej u podstawy języka, między nim a podniebieniem. Ostry *foetor ex ore*. Prawie zupełny brak uzębienia obu szczęk. Migdałki i łuki podniebienne pokryte są niezupełnie równomiernie szarożółtym, miejscami brunatnym nalotem; błona śluzowa, wolna od nalotu, sucha, zaczerwieniona. Gruczoły chłonne karkowe i podszczękowe niepowiększone. W narządach klatki piersiowej nie stwierdzono uchwytnych zmian: szmer oddechowy pęcherzykowy, granice serca prawidłowe, tony czyste. W jamie brzusznej, nad spojeniem łonowem wyczuwał się powiększony do poziomu pępka pęcherz moczowy, z którego zapomocą cewnika wypuszczono około 850 cm³ moczu. Pozatem w obrębie jamy brzusznej wyczuwał się drugi twór, leżący w prawem nadbrzuszu, górny biegun tego tworu ginął w podżebrzu, a dolny sięgał linji poprzecznej pępkowej; przy dwuręcznem obmacywaniu twór balotował w kierunku przedniotylnym, był niebolesny i mógł odpowiadać powiększonej prawej nerce. Lewa nerka była niemacalna. Wątroba i śledziona również niemacalne. Wszystkie odruchy ścięgnowe i okostnowe były wybitnie wzmożone, wzmożona też pobudliwość mechaniczna mięśni. Pląs stóp i obu rzepek. Objaw Chwostka ujemny. Brak odruchów patologicznych, porażeń, oczopląsu, niezborności ruchowej. Źrenice były równe, okrągłe, wąskie, oddziaływały na światło i przystosowanie.

Mocz wydobyty cewnikiem był przeźroczysty, słomkowożółty, o odczynie kwaśnym, c. gat. 1,007. Zawierał 0,2‰ białka, a w osadzie 3—4 leukocyty i 5—6 świeżych krwinek w polu widzenia oraz nieliczne komórki nabłonkowe płaskie; wałków nie stwierdzono.

Stan odurzenia, wzmożenie odruchów ścięgnowych i okostnowych, zmiany w jamie ustnej i gardzielowej (początkowo mylnie tłumaczone jako wtórne), głęboki głośny oddech, obok bezmoczu w wywiadach oraz niemożności dowolnego oddawania moczu — nasuwały podejrzenie mocznicy. Istotnie, badanie krwi wykazało 5,2 g mocznika w litrze. Inne badania laboratoryjne, dokonane tegoż lub następnego dnia, dały wyniki następujące: Chlor: 3,55 g w litrze osocza (prawidłowy), znaczna hiperchloremja krwinek = 2,13 g w litrze, z wybitnie wzmożonym wskaźnikiem chlorowym = 0,60. Cl krwi całkowitej wzmożony = 3,06 g w litrze. Wyraźne przesunięcie zatrzymanego chloru (bezmocz) w stronę krwinek z góry przepowiadało obecność kwasicy niegazowej; istotnie, zasób zasad surowicy wg. v. Slyke'a okazał się znacznie obniżony — 20,9% obj. CO_2. Badanie morfologiczne krwi wykazało znaczną leukocytozę: 37.000 w 1 mm³ z dużem przesunięciem wzoru w lewo: B. 0%. E. 0%. Pał. 10%. Segm. 82%. Limf. 7%. Mon. i przejśc. 1%. Szybkość opadania krwinek: 1 godz. — 92 mm, 2 godz. — 118 mm, i 24 godz. — 140 mm według Westergreena.

A więc przy pierwszem badaniu chorej, której wywiady wskazywały na ostrą sprawę gorączkową i uszkodzenie nerek z bezmoczem, stwierdziliśmy pozostałości schorzenia gardzieli, które, jak o tem dalszy przebieg pouczył, należało przyjąć za anginę martwicową; a oprócz tego na pierwszy plan obrazu chorobowego wysuwała się ciężka mocznica azotemiczna (5,2 g mocznika w litrze krwi) ze znaczną kwasicą niegazową; towarzyszyły temu: 1) znaczna leukocytoza neutrofilowa, jako wyraz zakażenia i 2) nikłe zaznaczony zespół moczowy z białkomoczem = 0,2‰, bez wałków, nadciśnienia i obrzęków.

Zastosowano dietę cukrowokompotową, lawatywy kroplowe z 5% rozczynu cukru gronowego i zastrzykiwania dożylnie 40% glukozy po 20 cm^3 1—2 razy dziennie. Stan chorej poprawiał się stopniowo: zaczęła samoistnie oddawać mocz, ustąpiły wymioty, dotąd bardzo uporczywe i męczące; zmiany chorobowe w jamie ustnej i gardzielowej cofały się, a jednocześnie widać było spływanie obfitej śluzowo-ropnej wydzieliny po tylnej ścianie gardzieli. Kolejne badania moczu wykazały zjawienie się narastającego ropomoczu: ilość leukocytów w osadzie moczowym drugiego dnia pobytu w szpitalu wynosiła 20—30, a zaś w dwa dni później leukocyty zaścielały całkowicie pola widzenia mikroskopu. Co się tyczy innych składników osadu moczowego, to krwinki zniknęły zupełnie, a nieliczne wałeczki ziarniste spostrzegano tylko dwukrotnie. Białkomocz, utrzymywał się w owym czasie na poziomie 0,2‰ — 0,3‰, ciężar gat. moczu wynosił 1.007—1.015, przy wydajności dobowej 700 do 1600 cm^3.

Wziernikowanie (Dr. B. Endelman), dokonane w okresie największego nasilenia ropomoczu (5 dnia pobytu w szpitalu) wykazało na błonie śluzowej pęcherza szereg drobnych wybroczyn i nalotów włóknikowych. Ujścia moczowodów bez zmian; wydzielania się ropy z ujść tych nie widać nawet przy ucisku na nerki. Zastrzyknięty dożylnie indygokarmin nie ukazał się wcale w moczu. Dotyczy to zresztą również i błękitu metylenowego, podawanego doustnie w celach leczniczych. Barwik ten przez czas dłuższy nie zabarwiał wydalanego moczu, nie można go było również wykazać w postaci odtlenionej po podgrzaniu moczu, zadanego uprzednio kwasem octowym.

Znaczne powiększenie prawej nerki utrzymywało się na poziomie pierwotnym; dopiero na 8 dzień pobytu chorej w szpitalu twór nerkowy zaczął się zmniejszać, a w ciągu następnych kilku dni stał się niemacalny. Lewa nerka była przez cały czas niemacalna. To zachowanie się palpacyjne nerek potwierdzone zostało zdjęciami rentgenowskiemi: wykazały one na początku bardzo dużą, prawie dwukrotnie powiększoną nerkę prawą, która następnie wróciła prawie do rozmiarów prawidłowych, natomiast lewa nerka na zdjęciach zwykłych uwidoczniła się tylko częściowo, a mianowicie konturem dolnego bieguna. Porównanie omawianego zdjęcia z późniejszem zdjęciem kontrastowem pozwoliło odtworzyć przypuszczalną wielkość pierwotnie powiększonej lewej nerki i jej zmniejszenie ku końcowi obserwacji klinicznej.

Ciśnienie krwi, po przejściowem nieznacznem podniesieniu się do poziomu 130/95 mm Hg, opadło następnie do 115/70 mm Hg.

Prób czynnościowych wydzielania nerkowego na początku nie można było dokonać: jakkolwiek chora zaczęła oddawać mocz samoistnie, to jednak czynność ta wykazywała znaczne zaburzenia, polegające na zupełnej niemożności oddania moczu w potrzebnym czasie, a częste cewnikowanie pęcherza moczowego było przeciwwskazane z uwagi na ropomocz i stwierdzone wziernikowaniem ostre zmiany na błonie śluzowej pęcherza.

Stopniowa poprawa czynności nerek szczególnie jaskrawo wynika ze stopniowego opadania poziomu mocznika we krwi: 5,2 g w litrze 1 dnia, 4,7 g w litrze 4 dnia, 3,0 g w litrze 7 dnia, 1,0 g w litrze 11 dnia, 0,58 g w litrze 14 dnia i wreszcie normalna zawartość mocznika we krwi 0,38 g w litrze 18 dnia pobytu chorej w szpitalu. Jednocześnie ze spadkiem poziomu mocznika ustępują inne objawy mocznicy i niedomogi nerkowej; wzrasta zasób zasad surowicy z 20,9% obj. CO_2 do 50% obj. CO_2. Mocz stopniowo staje się coraz bardziej niebieski spowodu lepszego wydzielania błękitu metylenowego. Ogólny stan chorej znacznie poprawia się. Zjawia się łaknienie. Tętno i oddech zwalniają się. Ilość leukocytów wraca do normy: 4.700 w 1 mm^3, o wzorze: B. 1,5%. E. 2%. Pał. 3,5%. Segm. 51.5%. Limf. 38,5%. Mon. i przejśc. 3%. Opadanie krwinek: 1 godz. — 10 mm, 2 godz. — 25 mm (Westergreen). Zmiany chorobowe w jamie gardzielowej ustąpiły zupełnie w ciągu 8 dni. Wreszcie ropomocz i białkomocz również zaczęły maleć, a wkońcu obserwacji szpitalnej mocz nie zawierał już składników patologicznych [1]), również i dokładne badanie sprawności wydzielniczej nerek wykazało, że czynność ta wróciła prawie do normy: wydzielanie fenolsulfoftaleiny wyniosło 50% w ciągu 2 godzin, stężenie moczu dochodziło do 1.028, poziom mocznika we krwi był prawidłowy, stała Ambard'a dała jednak jeszcze cyfrę zbyt wysoką (0,127), a próba wodna wykazała pewne upośledzenie wydalania wody (wydalanie 1300 cm^3 moczu w ciągu 4 godzin po wypiciu 1,5 litra wody).

W tem miejscu należy szczególnie podkreślić okoliczność, iż sprawność czynności nerkowej okazała się dobra tylko w oświetleniu prób czynnościowych, na które składała się praca obu nerek pospołu. Dokonana dodatkowo pyelografja dożylna pozwoliła ocenić wysiłek fizjologiczny każdej z nerek osobno. Badanie to (zapomocą zastrzyknięcia dożylnego „Tenebrylu") uwidoczniło dokładnie kontury lewej nerki, która na zdjęciu kontrastowem wystąpiła prawidłowo wraz z kielichami, miedniczką i moczowodem; świadczy to o odzyskaniu przez nią sprawności wydzielniczej. Natomiast kontury kielichów, miedniczki i moczowodu prawego zaledwie zarysowały się i to tylko częściowo, ze znacznem opóźnieniem; wielkość prawej nerki na zdjęciu kontrastowem przekracza jeszcze wymiary nerki lewej, mimo wybitnego zmniejszenia w porównaniu z badaniem na początku obserwacji szpitalnej.

Zestawienie prób czynnościowych nerek z pyelografją dożylną poucza, iż dobra czynność depuracyjna odbywa się w znacznej mierze kosztem nerki lewej, która odzyskała swą sprawność czynnościową; nerka prawa, mimo wydatnego zmniejszenia wymiarów, jest mniej sprawną.

Dla pełności obrazu wspomnieć należy o wysypce skórnej, która zjawiła się 13 dnia choroby (a 3 pobytu w szpitalu) na kończynach dolnych i stopniowo rozprzestrzeniała się na całe ciało. Wysypka ta miała charakter grudkowy lub grudkowopęcherzykowy (pokrzywka), miejscami zlewała się w rozległe placki i dawała silne swędzenie. We krwi podczas jej trwania zjawiła się eozynofilja (8.400 leukocytów w 1 mm^3, o wzorze: B. 1%. E. 8%. Pał. 3%. Segm. 53,5%. Limf. 21,5%. Mon. i przejśc. 13%). Po 6 dniach wysypka zaczęła blednąć, poczem przez dłuższy czas pozostało łuszczenie się skóry, miejscami drobne, miejscami natomiast większemi płatkami.

Z czem w naszym przypadku mieliśmy do czynienia?

W wywiadach zanotowaliśmy wysoką gorączkę, bóle gardła i tygodniowy bezmocz; po przybyciu do szpitala stwierdziliśmy przy stanie bezgorączkowym znaczną leukocytozę neutrofilną (37.000 leukocytów w 1 mm^3 z ilością objoętnochłonnych = 92%), pozostałości martwicowego schorzenia gardzieli oraz ciężką azocicę z posuniętą kwasicą niegazową, w momencie, gdy nerki podjęły już swą czynność wydzielniczą (z pęcherza moczowego wypuszczono 850 cm^3 przeźroczystego moczu). Co się tyczy uszkodzenia nerek, które musiało być znaczne, bo szło w parze z wielodniowym bezmoczem, to podkreślić należy nikłość zespołu moczowego (białkomocz 0,2‰ bez wałków, z nielicznemi leukocytami i czerwonemi krążkami krwi w osadzie moczowym, do czego wkrótce przyłączył się ropomocz), brak obrzęków i nadciśnienia.

Rozległa wysypka grudkowopęcherzykowa z późniejszem łuszczeniem, połączona z ciężkiem schorzeniem gardzieli i nerek, mogłaby nasunąć przypuszczenie płonicy, jednak ukazanie się jej 13 dnia choroby, w stanie bezgorączkowym, wczesne wystąpienie bezmoczu i całkiem odrębna od szkarlatynowego uszkodzenia kłębuszków postać schorzenia nerkowego, w zupełności obalają to przypuszczenie.

Brak znaczniejszego powiększenia gruczołów karkowych i podszczękowych, zdaniem naszem, wyłącza błonicę; badanie resztek nalotów gardzielowych, z jakiemi chora przybyła do szpitala, na obecność prątków Löffler'a nie było dokonane, ponieważ początkowo ujęto schorzenie gardzieli jako wtórne następstwo ciężkiej azocicy, a właściwe rozpoznanie rzadkiego schorzenia nerkowego w następstwie streptokokowego martwicowego schorzenia migdałków i gardzieli *(angina necrotisans streptococcica)* dokonane było później, w czasie, kiedy zginął wszelki ślad schorzenia gardzieli i kiedy obraz kliniczny składał się wyłącznie z mocznicy oraz prawostronnego tworu nerkowego.

Obfite wymioty z zupełnem nieznoszeniem pokarmów przed przybyciem chorej do szpitala, mogłyby nasunąć myśl, iż wysoka azocica jest pochodzenia hipochloremicznego, jednak normalna zawartość chloru w osoczu (3,55 g w litrze) z wyraźnie wzmożoną zawartością w krwinkach (2,13 g w litrze zamiast normalnej 1,70—1,95 g w litrze), świadczy nie o hipochloremji, lecz przeciwnie o zatrzymaniu chloru w ustroju i we krwi, jako o następstwie uszkodzenia nerkowego. Tego samego dowodzi znaczna kwasica niegazowa (liczba v. Slyke'a = 20,9% obj. CO_2), gdy

---

[1]) Trzeba jednak wspomnieć, że przez czas dłuższy utrzymywał się wielomocz (wydajność dobowa 1900—2400 cm^3) o niskim ciężarze gatunkowym (1.013).

azocica hypochloremiczna, zależna od wymiotów, idzie zazwyczaj w parze z alkalozą niegazową. Wysoka gorączka na początku choroby, znaczna leukocytoza neutrofilowa oraz pozostałości anginy martwicowej świadczą, iż w danym przypadku mieliśmy do czynienia z ciężkiem schorzeniem migdałków i gardzieli, którego resztki stwierdzono jeszcze po przybyciu chorej do szpitala, i które spowodowało ciężkie uszkodzenie nerek wraz z objawami ogólnego zakażenia (leukocytoza neutrofilowa, objawy skórne).

Znaczne, bo prawie dwukrotne, powiększenie rozmiarów prawej nerki z następczym ropomoczem kazałoby myśleć o możliwości wodo- lub roponercza prawego, które drogą odruchu trzewno-trzewnego *(reflex. viscero-visceralis)*, spowodowało długotrwały bezmocz z jego następstwami. Wchodzą tu w grę dwie postacie chorobowe: a) *nephritis purulenta haematogenes* z wtórnem przebiciem się ropnia korowego do miedniczki lub b) *pyelonephritis descendens* o niemal wyłącznem umiejscowieniu miedniczkowem z wielce dyskretnem uszkodzeniem miąższu nerkowego. Przeciwko podobnemu ujęciu przemawia następująca ważna okoliczność: w okresie szybkiego zmniejszania się prawej nerki, a więc w czasie domniemanej zupełnej drożności moczowodów — zarówno prawego, jak i lewego — mieliśmy prawo spodziewać się wystąpienia charakterystycznego dla wszystkich zapaleń miedniczkowo-nerkowych zespołu moczowego, jakim jest obfity białkomocz, 1‰—2‰, lub więcej, znacznie przewyższający ilość, odpowiadającą poziomowi ropomoczu. Tymczasem w naszym przypadku był dyskretny zespół moczowy (0,2‰—0,3‰ białka, równoważnik zawartości ropy) obok znacznego uszkodzenia czynności nerek. W *pyelonephritis acuta* sprawa powinna była wziąć zupełnie odwrotny kierunek: obfity białkomocz, znacznie przewyższający równoważnik ropomoczu, czynność nerek tylko nieznacznie lub wcale niezmieniona. Zresztą zakażone wodonercze oprócz zaburzeń czynnościowych daje szereg innych jeszcze objawów klinicznych, jak bolesny wstrząs dotkniętej okolicy nerkowej, bolesność przy obmacywaniu, nieraz napięcie mięśniowe. Wszystkie te objawy były w naszym przypadku nieobecne, co wraz z wyżej wyłożonemi dowodami obala przypuszczenie wodonercza zakażonego. Wyniki pyelografji dożylnej są zgodne z powyższą koncepcją: po 7 tygodniowem trwaniu choroby, uszkodzenie czynnościowe prawej nerki, której rozmiary wróciły oddawna prawie do normy, było jeszcze znaczne; świadczy to, że istotą jej schorzenia były nie przemijające przeszkody w moczowodzie, lecz trwalsze uszkodzenie samego miąższu nerkowego.

Na czem ono w naszym przypadku polegało? Tutaj jeszcze raz podkreślić należy brak gotowości obrzękowej, wyraźniejszego nadciśnienia oraz zespołu moczowego, bo przecież 0,2‰—0,3‰ białka, obecność w osadzie nielicznych, przejściowo stwierdzanych krwinek, oraz wykazanie zaledwie dwukrotne podczas długiej obserwacji nielicznych wałków, nie mogą być uważane za dostateczny równoważnik zespołu moczowego w ciężkiej mocznicy azocicowej z kwasicą. Z jaką więc postacią anatomiczną schorzenia nerek mamy w danym razie do czynienia? Jest ono ostre, bo wystąpiło u chorej, poprzednio zawsze zdrowej, pociągając za sobą wielodniowy bezmocz bezbolesny; sprawa chorobowa dotyczy obu nerek, bo schorzenie jednej nie byłoby w stanie sprowadzić ciężkiej mocznicy z kwasicą. Najczęstszą postacią anatomiczną ostrego uszkodzenia nerek, występującego w przebiegu ciężkiego schorzenia gardzieli, jest ostre zapalenie kłębuszków, idzie ono zazwyczaj w parze z zaatakowaniem nabłonka kanalikowego. Ostre zapalenie kłębuszków anatomicznie i klinicznie ma dwie postacie: rozlaną i ogniskową. Ostre rozlane zapalenie kłębuszków nerkowych jest według klasyfikacji Volharda poinfekcyjne *(postinfektiös)*, t. zn. w przebiegu np. płonicy zjawia się po spadku ciepłoty, w 2 lub 3 tygodniu choroby; obraz kliniczny ostrego zapalenia kłębuszków, składa się zazwyczaj z nadciśnienia, gotowości obrzękowej i wyraźnie zaznaczonego zespołu moczowego. Żadnego z tych objawów w naszym przypadku, pomimo znacznej niedomogi nerkowej, nie stwierdziliśmy.

Charakterystyczną cechą ostrego ogniskowego schorzenia kłębuszków *(glomerulonephritis acuta focalis)* jest długo utrzymująca się krwotoczność, której również brak u naszej chorej. Pierwsza porcja wypuszczonego z pęcherza moczu zawierała nieliczne krwinki w polu widzenia, te jednak wkrótce znikły, ustępując miejsca ropomoczowi. Ostre uszkodzenie nabłonka kanalikowego, prowadzące szybko do bezmoczu, jest w patologji ludzkiej, jak wiadomo, charakterystyczną cechą zatrucia rtęcią. Wywiady chorej z obecnością wysokogorączkowej anginy martwicowej oraz brak hipochloremji, stanowiącej swoisty objaw u chorych z nerką sublimatową, wyłączają podobne zatrucie. Jeżeli w rozpoznaniu różniczkowem ciężkiego ostrego schorzenia nerek, prowadzącego do wczesnej mocznicy, weźmiemy poza nawias aparat miąższowy: kłębuszki i kanaliki, to *per exclusionem* zostaje tylko tkanka śródmiąższowa. W tem oświetleniu mieliśmy do czynienia z t. zw. *nephritis interstitialis acuta*. Śródmiąższowe zapalenie nerek jeszcze do bardzo niedawna było często rozpoznawane jako schorzenie przewlekłe *(nephritis interstitialis chronica)*, — pojęcie to w świetle nowszych badań anatomicznych i czynnościowych znacznie zwęziło się do spraw natury gruźliczej i kiłowej. Rozpoznanie ostrego śródmiąższowego zapalenia nerek, towarzyszącego ogólnym zakażeniom i ciężkim schorzeniom gardzieli, dokonywane jest najczęściej dopiero na stole sekcyjnym. V o l h a r d w swej wielkiej monografji nerkowej wspomina zaledwie o paru przypadkach tego schorzenia, rozpoznanych za życia na podstawie histologicznego badania skrawków nerkowych, zdobytych podczas operacji dekapsulacji nerek, zaleconej jako *ultimum refugium* spowodu nieustępliwego bezmoczu.

Istota ostrego śródmiąższowego zapalenia nerek polega na powstawaniu w tkance śródmiąższowej ognisk nacieczenia komórkowego, składających się z limfocytów i komórek plazmatycznych, co zazwyczaj idzie w parze z obrzmieniem surowiczem nerek, przyczem składniki tkanki łącznej zostają mniej lub bardziej porozsuwane przez płyn surowiczo - obrzękowy. Z obrazów histologicznych, jakie znajdujemy w monografji francuskiej V i d a l a, L e m i è r e'a i P a s t e u r V a l e r y R a d o t'a *(Nouveau Traité de Médecine)* oraz niemieckiej V o l h a r d a — wynika, iż w tem schorzeniu nerkowem kłębuszki są zazwyczaj nietknięte, dotyczy to również nabłonka kanalików, który tylko gdzieniegdzie ulega zwyrodnieniu ziarnistemu. W podobnych razach nie będzie wogóle uszkodzenia czynności depuracyjnej nerek, lub będzie ono nieznaczne. Inaczej sprawa się przedstawia w przypadkach ciężkich z bezmoczem, jak to miało miejsce u naszej chorej. Tutaj gęsto rozsiane w tkance śródmiąższowej nacieki zapalne wykazują wielką napastliwość w stosunku do kanalików, które są przerastane i niszczone przez elementy naciekowe; w innych odcinkach kanaliki nerkowe zostają uciśnięte przez nacieki oraz płyn obrzękowy, zbierający się w tkance śródmiąższowej. W następstwie poważnych zmian anatomicznych rozmiary nerek ulegają znacznemu powiększeniu, jak to było w naszym przypadku; jednocześnie ich czynność wydzielnicza ulega zahamowaniu, stąd bezmocz z jego nieuniknionym skutkiem — mocznicą. Charakterystyczną cechą kliniczną ostrego śródmiąższowego zapalenia nerek jest właśnie brak triady nerkowej: nadciśnienia, gotowości obrzękowej i zespołu moczowego, a jedynie obecność w osadzie moczowym licznych białych ciałek krwi. To właśnie ściśle skojarzyło się u naszej chorej. O osadzie moczowym pisze V o l h a r d, że może on składać się z limfocytów. Po ustaleniu rozpoznania u naszej chorej w osadzie moczowym stwierdzono zwykłe leukocyty neutrofilowe (ropomocz), ale na początku pobytu chorej w szpitalu zwrócono uwagę na wyjątkowo małe rozmiary leukocytów moczowych; niestety, z tego szczegółu mikroskopowego nie wysnuto dalszych wniosków.

O zejściu w ostrem śródmiąższowem zapaleniu nerek zarówno w monografji V i d a l a i innych, jak V o l h a r d a, znajdujemy krótkie wzmianki, iż może ono być pomyślne, chociaż w nielicznych, opisanych przez V o l h a r d a przypadkach, zejście było zawsze śmiertelne. Opis naszego przypadku podaliśmy z uwagi na zejście pomyślne oraz na rzadką możność całkiem pewnego rozpoznania za życia. Naogół rokowanie w ostrem śródmiąższowem zapaleniu nerek zależy od rozległości zmian anatomicznych w nerkach, a przedewszystkiem od przebiegu podstawowego schorzenia septycznego.

Z odrębności klinicznych naszego przypadku szczególnie podkreślić należy guzowate zachowanie się prawostronnego tworu nerkowego, który względnie szybko malał i to szybciej, niż powracała sprawność nerek. Z zestawienia badań czynnościowych i pyelografji dożylnej wynika, iż lewa nerka wróciła pod względem czynnościowym całkowicie ad integrum, a prawdopodobnie również i pod względem anatomicznym, nie można tego powiedzieć o nerce prawej, która przed samem wypisaniem się chorej ze szpitala jeszcze w znacznym stopniu była nieprzepuszczalna dla barwika kontrastowego (tenebrylu), jak o tem świadczy pyelografja dożylna.

O ostrem śródmiąższowem zapaleniu nerek wiadomo, iż nacieki zapalne mogą mijać bez śladów, innym znów razem ustępują one miejsca tkance łącznej, która z biegiem czasu może zamienić się w bliznowatą. Nieraz nacieki w tkance śródmiąższowej ulegają przeistoczeniu ropnemu, wówczas chorzy giną skutkiem licznych ropni nerkowych. Sądzić należy, iż u naszej chorej nie doszło do wytworzenia się zdecydowanych ognisk ropnych w prawej nerce, bo sprawa nie zakończyłaby się pomyślnie; zresztą brak było w późniejszym przebiegu choroby dreszczów, gorączki i leukocytozy, jednak trwający przez kilka tygodni ropomocz może świadczyć o skłonnościach ropotwórczych w przebiegu ostrego śródmiąższowego zapalenia nerek.

Piśmiennictwo:

Volhard: w Handbuch d. inn. Med. Mohr u. Stachelin 2. Aufl. Bd. 6. II. Teil. Str. 1527. — Fishbergs: Hypertension and Nephritis III. ed. London 1934, str. 474.

Dr. Jerzy GLASS. Warszawa.

Przepuklina przeponowa żołądka.

Przepukliny przeponowe, dawniej mało znane, dzięki rozwojowi rentgenologji posiadają obecnie już duże piśmiennictwo. Tyczy się to jednak głównie przepuklin niewielkich. Przepukliny większych rozmiarów stanowią nadal dużą rzadkość kliniczną.

Przez przepuklinę przeponową rozumie się przemieszczenie jednego lub kilku narządów jamy brzusznej poprzez otwór w przeponie do klatki piersiowej. Odróżniamy przepuklinę prawdziwą, przy której narząd przemieszczony leży w worku przepuklinowym, utworzonym i wysłanym otrzewną, oraz przepuklinę rzekomą, kiedy worka przepuklinowego niema, a narząd zostaje przemieszczony wprost przez otwór w przeponie do klatki piersiowej.

Przepukliny rzekome dużych rozmiarów są najczęściej pochodzenia pourazowego, i powstają wskutek postrzału, gwałtownego ściśnięcia klatki piersiowej, lub w następstwie zabiegów operacyjnych na opłucnej lub żebrach. Przypadków tego rodzaju opisano dużo (Adamy (1), Dreksen (2), Winteroll (3), Brückner (4), Chiray, Schweitzer, Samuelson). Z samej tylko kliniki braci Mayo w Rochester zebrał Hedblon (5) przeszło 200 przypadków tego rodzaju przepuklin. Dotyczyć one mogą albo żołądka albo jelita grubego, cienkiego, albo też kilku narządów naraz. Sprawy powyższych przepuklin nie będziemy obszerniej omawiać, albowiem należy ona raczej do piśmiennictwa chirurgicznego. W piśmiennictwie polskiem sprawę tę omawiali Werkenthin i Flis (44).

Znacznie ważniejsze znaczenie kliniczne posiadają prawdziwe przepukliny przeponowe, pochodzenia nieurazowego, z których zajmiemy się tu wyłącznie przepuklinami żołądka.

Wprawdzie już od szeregu lat przypadki tego rodzaju są znane w piśmiennictwie anatomicznem i chirurgicznem, a częściowo i klinicznem, zwłaszcza amerykańskiem (prace Baileya (6), Bruna i Masselota (9), Le Walda (10), Le Noira i Gilsona (11) oraz większe zestawienia statystyczne Morrisona (12) i Healyego (13)), to jednak sprawa przepuklin przeponowych żołądka stała się aktualną dopiero w Europie od roku 1926. W roku tym ukazały się podstawowe prace kliniczne i radjologiczne autorów skandynawskich Ohnella (14) oraz Akerlunda (15), a w kilka lat potem prace niemieckie zwłaszcza z kliniki Bergmanna (Berga (16) i Knothego (17)) oraz z kliniki Sauerbrucha (Chaoula i Adama (18)). Od czasu tych publikacyj piśmiennictwo światowe znacznie wzrosło i obejmuje już cały szereg prac klinicznych, radiologicznych i chirurgicznych. W piśmiennictwie anglosaskiem znajdujemy prace Goodalla i Hoyta (7), Pancoasta i Bolesa (19), Gardnera (20), Robertsa (21), Morrisa (22), Weitzena (23), Lyonsa (24), w piśmiennictwiem niemieckiem — obszerne publikacje Schatzkiego (25), Moslera i Haasa (26), Wagnera (27), v. Bergmanna (28), Zdanskyego i Ellingera (29), Hayera (30), Schillinga (31), i innych, a w piśmiennictwie francuskiem — nieliczne przypadki Carnot, Bergeret i Caroliego (32), Caussade i Abela (33), Chiraya, Bendy i Lomona (34), oraz Lutona i Gaucha (35). W piśmiennictwie polskiem, które jest jeszcze bardzo niewielkie, znajdujemy tylko — o ile mi wiadomo — przypadek Schlagera, przypadki omówione na posiedzeniu Tow. Radiologicznego i Gastrologicznego w Warszawie przez Płockiera i Kryńskiego (36) oraz 2 przypadki Zawadowskiego (37).

Na podstawie dotychczasowego piśmiennictwa klinicznego, odróżnia się cały szereg postaci przepuklin przeponowych żołądka, zależnie od mechanizmu powstawania przepuklin.

Przedewszystkiem odróżnia się tę postać przepukliny, która, od czasu spostrzeżeń Baileya (6), nosi nazwę w piśmiennictwie anglosaskiem *„Thoracic stomac"* czyli „żołądka piersiowego". Postać ta odpowiada t. zw. typowi 1 przepukliny przeponowej żołądka według klasyfikacji Akerlunda i rozwija się, jako sprawa wrodzona w następstwie wrodzonego skrócenia przełyku i niedostatecznego wskutek tego obsunięcia się żołądka w czasie życia płodowego do jamy brzusznej. Postać ta cechuje się bardzo krótkim przełykiem, o przebiegu zupełnie prostym, oraz przemieszczeniem albo całego żołądka albo też jego części przywpustowej do klatki piersiowej; żołądek przytem znajdować się będzie w prawdziwym worku przepuklinowym, wysłanym otrzewną.

Druga postać przepukliny przeponowej żołądka, to t. zw. *hernia paraoesophagea*, która powstaje w ten sposób, że część przywpustowa żołądka wpukla się do klatki piersiowej poprzez *hiatus oesophageus*, przebiegając wzdłuż zupełnie prawidłowo ułożonego i nie przemieszczonego przełyku. W tej postaci chorobowej przełyk nie jest skrócony, a obok niego znajduje się prawdziwy worek przepuklinowy, zawierający część przywpustową żołądka. Ten typ przepukliny nosi także nazwę typu 2 Akerlunda, i jest naogół sprawą rzadką i bardzo trudną rentgenologicznie do stwierdzenia, ze względu na małe rozmiary przepukliny.

Trzecia postać przepukliny żołądka t. zw. typ 3 Akerlunda, polega na tem, że poprzez *hiatus oesophageus* wpukla się do klatki piersiowej część przywpustowa lub trzon żołądka wraz z końcowym, podprzeponowo biegnącym w warunkach prawidłowych, odcinkiem przełyku. W postaci tej rentgenologicznie mieć będziemy do czynienia z przepukliną żołądka, obok której znajdować się będzie nadmiernie długi i zwykle wskutek tego skręcony przełyk. Przełyk, który staje się zbyt długi wskutek przemieszczenia jego końcowego odcinka do klatki piersiowej, podlega fantastycznym zagięciom; również część wpustowa żołądka może ulec skręceniom różnego kształtu. Prowadzić to może do takiego przemieszczenia żołądka i przełyku, że wpust żołądka znaleźć się może np. z tyłu lub po lewej stronie żołądka.

Czwarta postać przepukliny przeponowej, zaliczana przez Akerlunda również do typu 3, nazwana została przez Berga *„hernia hiatus oesophagei"*, a przez Andersa (38) — *„dystopia intrathoracalis antrii cardiaci"*.

Powyższa sprawa chorobowa, która jest właściwie podziśdzień przedmiotem najzagorzalszej dyskusji, polega na przemieszczeniu ponad przeponę t. zw. *antrum cardiacum*, czyli tego pośredniego odcinka między żołądkiem a przełykiem, który w warunkach prawidłowych znajduje się podprzeponowo i odgraniczony jest od góry przez *hiatus oesophageus diaphragmae*, a od dołu przez wpust żołądka. Przepuklina tego typu jest najczęściej przepukliną rzekomą, albowiem, jak to wynika z badań anatomicznych Andersa, nie jest ona wysłana otrzewną. Powstaje ona u ludzi starszych, wskutek zwiotczenia aparatu łącznotkankowego więzadłowego, który w warunkach prawidłowych utrzymuje *antrum cardiacum* pod przeponą.

Powyższa jednostka chorobowa, co do której istoty nie wszyscy autorzy się zgadzają, dać może zespół kliniczny zbliżony do zespołu anginoidalnego (t. zw. *epiphrenaler Syndrom* v. Bergmanna). Rozpoznać sprawę tę można tylko rentgenologicznie, przy pomocy specjalnej techniki badania. W każdym razie, nie ulega już dziś wątpliwości, że duża część przypadków opisanych, jako *hernia hiatus*, w gruncie rzeczy nią nie jest, i polega wyłącznie, jak na to zwrócili uwagę Chaoul i Adam (18), na bańkowatem rozszerzeniu nadprzeponowej części przełyku, co symuluje przepuklinę. Jest to zjawisko zwykłe w wieku starszym; rozszerzenia te nie mają właściwie nic wspólnego z prawdziwemi przepuklinami przeponowemi żołądka większych rozmiarów. Możliwem jest jednak, że powyższe małe przepukliny, typu Berga i Andersa, są początkowym etapem zwiotczenia aparatu więzadłowego, które w dalszym rozwoju sprawy chorobowej prowadzić może do prawdziwej przepukliny przeponowej żołądka, typu 2 lub 3 Akerlunda.

Jeszcze jedną sprawę chorobową odróżnić należy od prawdziwej przepukliny przeponowej. Jest to t. zw. ewentracja, inaczej relaksacja przepony. Sprawa ta polega na tem, że w następstwie uszkodzenia nerwu przeponowego lub aparatu współczulnego nerwowego lub mięśniowego przepony, następuje całkowite zwiotczenie mięśnia przeponowego. Wskutek tego ciśnienie, panujące w jamie brzusznej, powoduje rozciągnięcie przepony i uniesienie jej w górę przez narządy powietrzne jamy brzusznej, żołądek lub jelito grube. Wskutek tego przepona, wraz ze znajdującemi się pod nią powietrznemi narządami jamy brzusznej, wpukla się do klatki piersiowej. Powyższą relaksację przepony odróżnia się rentgenologicznie od prawdziwej przepukliny przeponowej, na mocy stwierdzenia na górnej granicy narządu przemieszczonego rąbka przepony, zwykle ścieńczałego, a przez to nieraz trudnego do zobaczenia. Powyższa sprawa chorobowa nie jest więc przepukliną, ale tylko spotęgowaniem stanu fizjologicznego wysokiego ustawienia przepony.

W ten sposób przedstawia się w ogólnych zarysach sprawa przepuklin przeponowych żołądka, choroby rzadkiej, ale godnej uwagi zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i rentgenologicznego. Najważniejsze bezspornie znaczenie kliniczne mają z tych zespołów przepukliny przeponowe prawdziwe. Ich symptomatologja kliniczna może być bardzo różnorodna, a zaburzenia dotyczyć mogą zarówno narządów klatki piersiowej, jak i jamy brzusznej.

Ze strony klatki piersiowej spotyka się u tych chorych nieraz duszność wysiłkową, napadową lub stałą, nieraz stałe pobudzenie do kaszlu. Względnie często spotyka się tu dolegliwości typu anginoidalnego, pod postacią bólów napadowych lub stałych za mostkiem, połączonych z uczuciem lęku o typowem promieniowaniu.

Objawy brzuszne polegają często na zaburzeniach połykania, uczuciu ciężaru w podżebrzu, a zwłaszcza na stałych lub napadowych bólach, najróżnorodniejszego typu, umiejscowionych w dołku podsercowym lub lewem podżebrzu, oraz na wymiotach. Częstym wreszcie objawem przepukliny przeponowej są wymioty krwawe, z zawartością fusowatą, które nasuwają podejrzenie raka żołądka.

Tak więc symptomatologja kliniczna może być wielobarwna. Bywa jednak inaczej. Mianowicie, istnieje szereg przypadków przepukliny przeponowej żołądka, które przebiegają przez długie lata całkiem bezobjawowo, a wykrywane zostają dopiero albo przypadkowo w czasie badania rentgenowskiego, albo też przy zabiegu operacyjnym, lub na sekcji. Zależy to oczywiście od rodzaju, wielkości i charakteru przemieszczenia żołądka oraz od istnienia lub braku powikłań (niedrożności, skrwawienia i t. d.).

Przypadek, który tu opiszemy, stanowi typowy przykład prawdziwej przepukliny przeponowej żołądka dużych rozmiarów.

Chora, lat 76, zgłosiła się w połowie marca r. b. spowodu bólów w nadbrzuszu i fusowatych wymiotów. Dawniej całkowicie zdrowa, od roku dopiero odczuwa bóle w nadbrzuszu, nieregularne, które promieniują nieraz do pleców, zjawiają się zwykle w 1—2 godzin po jedzeniu, nieraz i natychmiast po spożyciu pokarmu, zmniejszają się zwykle przy leżeniu. Nie są one nigdy zbyt gwałtowne. Od 4 miesięcy do dolegliwości powyższych dołączyły się wymioty, zawartością czarną, fusowatą. Początkowo zjawiały się one tylko raz na kilkanaście dni, ostatnio częściej, co kilka dni, zwykle w kilka godzin po jedzeniu. Łaknienie bardzo upośledzone, częste odbijania, stolec regularny, ze skłonnością do zaparcia. Schudła nieco; nie gorączkuje. Ze strony innych narządów nie ma żadnych dolegliwości. Przed 20 laty przechodziła zapalenie płuc. Pozatem na nic nie chorowała i do zeszłego roku czuła się zupełnie zdrowa. Żadnym wypadkom urazowym nie podlegała.

Przy badaniu przedmiotowem stwierdza się co następuje: Staruszka bardzo niska, o wadze 48 kg. Skóra i śluzówki bardzo blade. Ciepłota prawidłowa. Gruczoły chłonne niewyczuwalne. Ze strony czaszki nic szczególnego. Źrenice reagują na światło i przystosowanie dobrze.

W klatce piersiowej zwraca uwagę wydatne skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi *(kyphosis)* w zakresie dolnych kręgów piersiowych i początkowych lędźwiowych. Granice płuc nieprzesunięte, odgłos wypukowy nadmiernie jawny na całej przestrzeni, za wyjątkiem niewielkiego odcinka przykręgosłupowego po stronie prawej, w okolicy przywnękowej; odgłos wypukowy ma charakter przytłumiony. Osłuchowo na całej przestrzeni szmer wdechowy pęcherzykowy zaostrzony, wydechowy — wydłużony, z licznemi furczeniami. W sercu — granice stłumienia sercowego prawidłowe, nad wszystkiemi ujściami — 2 tony, czyste, dość ciche. Tętno 76 na min., miarowe. Ciśnienie krwi 160/80 mm rtęci.

Brzuch poniżej poziomu klatki piersiowej. Powłoki brzuszne bardzo wiotkie. Obustronna niezbyt znaczna przepuklina pachwinowa, dająca się odprowadzić. Ze względu na zupełnie wiotkie powłoki brzuszne obmacywanie jest niezwykle ułatwione. Przy obmacywaniu nie wyczuwa się jednak przez powłoki brzuszne żadnego oporu patologicznego, również nie stwierdza się żadnej bolesności w brzuchu. Wątroba i śledziona — niewyczuwalne.

W moczu — nic szczególnego. Próby na krew utajoną w wymiocinach — wybitnie dodatnie. Próby na krew utajoną w kale — również wybitnie dodatnie.

Rozpoznanie w naszym przypadku ustalone zostało dopiero drogą badania rentgenowskiego.

Prześwietlenie klatki piersiowej bez podania kontrastu ustaliło obecność na cieniu serca w dolnym jego odcinku dużego zbiornika powietrza, wielkości pięści, ograniczonego pierścieniem intensywniejszego zacienienia.

Po podaniu papki kontrastowej, zatrzymuje się ona początkowo w przełyku tuż powyżej górnej granicy powyższego pęcherza, poczem zbiera się w dolnym odcinku przełyku, który jest dość znacznie rozszerzony. Przebieg jego jest w dolnym odcinku wężykowaty, o kształcie zbliżonym do litery S. Z przełyku papka przelewa się do dużego zbiornika, wypełnionego powietrzem, który znajduje się powyżej przepony. Zbiornik ten leży na cieniu serca, w dolnym jego odcinku. W miarę dalszego wypełniania zbiornika papką kontrastową, przechodzi ona dalej pod przeponę do drugiej części żołądka, która przebiega w kształcie dość wąskiego odcinka, od strony lewej z góry ku dołowi i na prawo. Zarówno w zbiorniku górnym, jak i dolnym, fałdy śluzówki są całkowicie prawidłowe, a kontur obu tych odcinków żołądka jest całkowicie gładki. Ruchy robaczkowe w zakresie górnego nadprzeponowego odcinka żołądka są niewidoczne, w części dolnej — zupełnie wyraźne i prawidłowego natężenia. W położeniu leżącem, a zwłaszcza w położeniu Trendelenburga, udaje się przelać zawartość dolnego odcinka żołądka do odcinka górnego, leżącego nadprzeponowo. Opróżnianie obu zbiorników nie jest upośledzone, odźwiernik i opuszka dwunastnicy są bez zmian, a ułożenie ich w jamie brzusznej jest całkowicie prawidłowe. Również i dalsze odcinki przewodu pokarmowego, badane zarówno drogą doustną, jak i drogą wlewu kontrastowego, są bez zmian i ułożone prawidłowo w jamie brzusznej.

Zdjęcia załączone, które zawdzięczam uprzejmości Dr. Kryńskich, dają obraz zmian topograficznych, spostrzeganych w naszym przypadku.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Badanie rentgenowskie ustaliło więc, że mamy do czynienia z przepukliną przeponową żołądka dużych rozmiarów. Prawie 2/3 żołądka znajduje się powyżej przepony, wpuklając się do klatki piersiowej. Przepuklina ta odpowiada typowi 3 Akerlunda, albowiem obok żołądka i cały przełyk znajduje się ponadprzeponowo; jest on tu znacznie wydłużony, wskutek czego jest skręcony dookoła swej osi. Również i wpust żołądka nie jest na swem miejscu, lecz również podlega skręceniu, wskutek skręcenia przywpustowej i wpuklonej do klatki piersiowej części żołądka.

Co do mechanizmu powstania przepukliny sądzić należy, że główną jej przyczyną jest zwiotczenie więzadeł łącznotkankowych, utrzymujących przełyk w przeponie. Czynnikiem wspomagającym i ułatwiającym powstanie przepukliny w naszym przypadku mogło być, podobnie jak i w obu przypadkach Zawadowskiego, skrzywienie kręgosłupa oraz deformacja klatki piersiowej.

Wskutek powyższych zniekształceń, przepona ulec może nadmiernemu rozciągnięciu, a wszystkie otwory przeponowe — nadmiernemu napięciu. Przyczynić się to może do powstania przepukliny, której zasadniczą przyczyną jednak jest starcze zwiotczenie tkanki łącznej. Przepuklina ta jest zapewne przepukliną nabytą (w starszym wieku), podobnie jak i obustronna przepuklina pachwinowa, która u naszej chorej istnieje. Możliwem jest oczywiście, że przepuklina ta istnieje już oddawna, i że przez długie lata znajdowała się w stanie utajenia, ujawniając się dopiero obecnie bólami oraz krwawemi wymiotami.

Krwawe wymioty są objawem spotykanym często w przepuklinach przeponowych. W przypadkach niektórych zależeć one mogą od współistnienia wrzodu żołądka, rozwijającego się w miejscu przewężonej i uwięzgniętej części żołądka (Schilling (31), Demel (41), Gardner (20)). Przypadek podobny przedstawiony był w Warszawie przez prof. Radlińskiego w Tow. Chirurg. (39). Znacznie częściej krwawienia te zależą jednak od innej przyczyny i spostrzegane bywają bez współistnienia wrzodu (Morrison (12), Oehnell (14), Starck (42), Chiray (34), Makkas (40), Schilling (31)). Powstają one wskutek zastoju żylnego, rozwijającego się wskutek zaciśnięcia i skręcenia jednego z odcinków żołądka wpuklonego do klatki piersiowej, oraz wskutek zmacerowania śluzówki w tem miejscu.

Wprawdzie, w naszym przypadku nie można całkowicie wyłączyć możliwości współistnienia wrzodu, a nawet nowotworu żołądka, ze względu na brak kontroli anatomicznej, to jednak, ze względu na całkowicie ujemny wynik badania rentgenowskiego i klinicznego pod tym względem, najprawdopodobniejszem będzie przypuszczenie, że i tu krwawe wymioty zależały od tej samej przyczyny.

Chorą obserwuję już 4 miesiące; stan jej ostatnio uległ znacznej poprawie. O ile przestrzega diety płynno-papkowatej — nie ma żadnych większych dolegliwości bólowych, jak również nie ma krwotoków żołądkowych. Jedynie przed 2 miesiącami pod wpływem błędów dietetycznych miała kilkakrotne wymioty krwawe, które jednak wkrótce ustąpiły.

Rokowanie w tym przypadku jest bardzo wątpliwe, ze względu na możliwość większego skrwawienia, a przedewszystkiem ze względu na możliwość wystąpienia całkowitej niedrożności żołądka, wskutek dalszego jego skręcenia i przewężenia. Leczenie ograniczyć się musi do półśrodków (diety płynnej, podawania adrenaliny, coagulenu i t. d.). Zabieg operacyjny większych rozmiarów, polegający na sprowadzeniu do jamy brzusznej żołądka i zaszyciu przepony nie wchodzi w rachubę ze względu na wiek chorej i jej stan ogólny. Jedyną możliwością operacyjną, która wcześniej czy później może nastąpić w razie zjawienia się niedrożności żołądkowej, jest gastrostomja, założona w podprzeponowym odcinku żołądka, która umożliwi odżywianie chorej.

Piśmiennictwo:

1) Adamy: Beitr. z. klin. Tuberk. 70, 461, 1928. — 2) Dreksen: Röntgenpraxis. 1, 689, 1929. — 3) Winteroll: Fortschr. d. Röntg. 37, 165, 1928. — 4) Brückner: Klin. Wochenschr. 1932, II, 1811. — 5) Hedblon: cyt. Labbé. Arch. mal. digest. 23, 241, 1933. — 6) Bailey: Anat. Record. 17, 107, 1919. — 7) Goodall i Hoyt: Arch. of intern. Med. 53, 594, 1934. — 8) Bentel: Röntgenpraxis. 40, 1932. — 9) Brun i Masselot: J. de radiol. et Electrobiol. 6, 278, 1922. — 10) Le Wald: Radiology. 3, 91, 1924. — 11) Le Noir i Gilson: Rév. de méd. franç. 1926. — 12) Morrison: J. Am. Med. Assoc. 84, 161, 1925. — 13) Healy: Amer. Journ. Roentgenol. 13, 266, 1925. — 14) Oehnell: Acta radiolog. 6, 23 i 49, 1926. — 15) Akerlund: Acta radiolog. 6, 3 i 49, 1926. — 16) Berg: Röntgenpraxis. 3, 443, 1931 i dalsze publikacje. — 17) Knothe: D. med. Wochenschr. 1932 I. 609. — 18) Sauerbruch, Chaoul i Adam: D. med. Wochenschr. 1932 II, 1931. — 19) Pancoast i Boles: Arch. of intern. Med. 38, 633, 1926. — 20) Gardner: Amer. Journ. of med. Scienc. 185, 561, 1933. — 21) Roberts: Brit. Journ. Radiol. 13, 17, 1927. — 22) Morris: Radiology. 13, 265, 1929. — 23) Weitzen: Amer. Journ. Roentgen. 28, 808, 1932. — 24) Lyons: tamże, 23, 67, 1930. — 25) Schatzki: Fortschr. Röntgestr. 45,, 177, 1932 i D. Arch. klin. Med. 173, 85, 1932. — 26) Mosler i Haas: D. med. Wochenschr. 1933 II, 1353. — 27) Wagner: Acta radiol. 13, 466, 1932. — 28) v. Bergmann: Klin. Wochenschr. 1932 I, 391. — 29) Zdansky i Ellinger: Klin. Wochenschr. 1933 I, 917. — 30) Hayer: Fortschr. d. Röntg. 48, 165, 1933. — 31) Schilling: D. med. Wochenschr. 1933, I, 247 i Klin. Wochenschr. 1933, I, 323. — 32) Carnot, Bergeret i Caroli: Arch. malad. appar. digest. 22, 789, 1932. — 33) Caussade i Abel: cyt. Labbé. l. c. — 34) Chiray, Benda i Lomon: Presse médic. 1930, 1601. — 35) Luton i Gauch: Soc. méd. Hôp. Paris. 1930, 302. — 36) Płockier i Kryński: Posiedz. Tow. Radiol. i Gastrol. z dnia 24. II. 1933. — 37) Zawadowski: Medycyna. 1934, Nr. 1, 25. — 38) Anders i Bahrmann: Zeitschr. klin. Med. 122, 736, 1932. — 39) Radliński: Posiedz. Tow. Chirurg. Pol. 1935. — 40) Makkas: Bruns. Beitr. 157, 623, 1933. — 41) Demel: Wien. klin. Wochenschr. 1933, I, 486. — 42) Starck: cyt. Labbé. l. c. — 43) Labbé: Arch. mal. appar. digest. 23, str. 241, 1933. — 44) Werkenthin i Flis: Medycyna. 1935, w druku.

Dr. Karol WALLER. Lwów.

O leczeniu nadciśnienia tętniczego wyciągami z mięśnia sercowego.

Z Przychodni Szpitala Żyd. dla chorych na cukrzycę we Lwowie.
Kierownik: Dr. K. Waller.

Badania nad działaniem wyciągów z narządów i mięśni są już od dawna znane. W roku 1881 Heidenhein, a potem inni autorowie badali farmakologiczne działanie wyciągów z różnych narządów. I tak O'Connor zauważył powstawanie w krwi krzepnącej ciał podobnie działających, jak adrenalina. Inni autorowie zauważyli wprost przeciwne działanie w wyciągach świeżych (König, Zipf). Działanie to miało charakter hipotensyjny. Był to punkt wyjściowy dla badań późniejszych nad substancjami hipotensyjnemi, wchodzących w skład preparatów takich, jak kallikreina, eutonon, lacarnol, angioxyl i innych.

Usiłowania szeregu autorów, jak Freya, Haberlandta, Zuelzera, Schwarzmanna, Dadleza i Koskowskiego, szły różnemi drogami, ale zawsze w jednym kierunku, t. j. w kierunku wyosobnienia preparatu, któryby wpływał regulująco na narząd krążenia. Preparaty te były zwykle badane na działanie fizjologiczne na zwierzęciu i w klinice, oraz badane na właściwości chemiczne. Jak piśmiennictwo wykazuje istnieje wielka rozbieżność zdań i zapatrywań co do składu substancji działającej, jakoteż co do działania klinicznego.

Haberlandt wykazał w doświadczeniu na zwierzęciu, prawie wybiórcze działanie własnego wyciągu z pewnych części mięśnia sercowego, na serce żaby. Wyciąg ten podnosił działanie naparstnicy i strofantyny; serce żaby, po zadziałaniu nań „hormonem sercowym", wykazuje także większą oporność na uśpienie eterowe i chloroformowe. Haberlandt uważa jako miejsce powstawania substancji działającej, pewne części mięśnia sercowego, a podobną substancję w mięśniach prążkowanych uważa za naniesioną z mięśnia sercowego naczyniami krwionośnemi. Klinicznie badali wyciąg z mięśnia sercowego Fahrenkamp, Fahrenkamp i Schneider, Ludwig i stwierdzili poprawę przewodnictwa przy częściowym bloku i bardzo korzystny wpływ na dusznicę bolesną. Frey i Kraut niezależnie ogłaszają swoje obserwacje o padutynie a Schwarzmann o myostonie. Padutyna ma obniżać, podług Freya, Leschkego i innych, w razie istnienia nadciśnienia tętniczego, ciśnienie krwi. Frey i Werle znaleźli ją w soku trzustkowym i w krwi, i uważają ją za hormon wydzielany przez trzustkę. Frey wykrył kallikreinę (synonim padutyny) w moczu ludzikm, w ilości około 300 jednostek. Hormon ten krąży stale we krwi, zobojętniony przez inaktywator, który w wielkich ilościach znajduje się w gruczołach ślinowych, w nerce zaś rozkłada się i pojawia w moczu w tej samej postaci, jak w trzustce. Z trzustki wydobyty został również angioxyl, który u nas badany był przez Felixa i Tochowicza. Wykazuje on działanie hipotenzyjne przemijające i ma korzystnie wpływać na dusznicę bolesną. Eutonon Zuelzera jest preparatem uzyskanym z wątroby, ma on regulować napięcie mięśnia sercowego i rozszerzać naczynia wieńcowe serca. Zuelzer uważa eutonon za hormon. U nas Dadlez i Koskowski wyosobnili wyciąg z mięśni prążkowanych (Myostriatol), który powoduje u zwierząt laboratoryjnych znaczne obniżenie ciśnienia krwi. Preparat ten był klinicznie badany przez Goertza, który stwierdził regulujące działanie myostriatolu na ciśnienie krwi.

Zagadnieniem dotychczas nie rozwiązanem jest sprawa mechanizmu działania tych wyciągów. Wyciągi te badano wszechstronnie fizjologicznie i chemicznie, ale wyniki badań nie zaw-

sze były zgodne. Przedtem myślano, że histamina, lub acetylcholina, jest substancją, działającą w wyciągach z narządów. Późniejsze badania Zipfa, dowodzą, że substancją działającą w wyciągach z narządów jest kwas adenozynofosforowy, adenozyna, lub inne nukleotydy i nukleozydy. W wyciągach z mięśni (*Lacarnol* ma głównie działać adenozyna, podług Rothmanna, Rieglera i Schaumanna, Szent-Györgyi'ego i Drury'ego. Parnas i Ostern metodą biologiczną potwierdzili te badania. Rothmann badał wpływ 1% roztworu kw. adenozynofosforowego na pracę serca u chorych, wyniki jego badań zgadzają się z wynikami innych autorów, którzy badali preparaty takie, jak *Lacarnol*). Na razie zagadnienie to nie jest rozwiązane, może późniejsze badania farmakologiczne, oparte na bardzo szczegółowej analizie chemicznej, ustalą istotę działającej substancji w omawianych wyciągach. Z tem łączy się ściśle zagadnienie przyrody hormonalnej tych wyciągów, w szczególności t. zw. „hormonu sercowego". Haberlandt przytacza na poparcie swej tezy, o istnieniu swoistego hormonu sercowego, dowody następujące: działanie w bardzo wielkich rozcieńczeniach, oporność na temperaturę wrzenia, przechodzenie przez błony półprzepuszczalne i rozpuszczalność w alkoholu. Nie wszyscy badacze potwierdzili te dowody Haberlandta i sprawa swoistości hormonalnej nie jest dotąd ostatecznie rozwiązaną.

Działanie kliniczne i istota tych wyciągów była rozstrząsaną w wielkiej ilości prac, szczególnie w Niemczech (Piśmiennictwo) Zipfa, Haberlandta), we Francji Jonescu i Teitel, Katz i Leibensohn. W Niemczech v. d. Velden rozpisał nawet ankietę, w której autorowie z pewną powściągliwością wyrażali się o tamtejszych preparatach.

Nasze badania przeprowadziliśmy na preparacie krajowym, wytwarzanym przez firmę Klawe S. A. pod nazwą *„Cardiogen"* z mięśnia sercowego młodych zwierząt. W stanie stałym jest to proszek krystaliczny, nie zawierający podług firmy, ani histaminy, ani epireniny, ani białka. Preparat ten stosowaliśmy w 23 przypadkach nadciśnienia tętniczego, dusznicy bolesnej i chromania przystankowego, w postaci doustnej lub w zastrzykach domięśniowych co drugi dzień. Muszę zaznaczyć, że przy stosowaniu *Cardiogenu* nigdy nie widzieliśmy objawów szkodliwych przedmiotowo stwierdzalnych, ani też podmiotowych, żalów chorych na objawy uboczne.

Wstępne próby, wykonane u osób zdrowych bez zaburzeń w krążeniu, nie wykazały żadnych zmian w tętnie ani w wysokości ciśnienia krwi, w ciągu godziny od zastrzyku domięśniowego. Przypadki nasze leczone *Cardiogenem*, można podzielić na trzy grupy; najliczniejszą grupę tworzą przypadki nadciśnienia tętniczego u 16 chorych, drugą grupę przypadki dusznicy bolesnej u 6 chorych i 1 przypadek chromania przystankowego.

W nadciśnieniu tętniczem stwierdziliśmy we wszystkich przypadkach spadek ciśnienia skurczowego, nieznaczny spadek ciśnienia rozkurczowego i, co niemniej ważne, poprawę stanu ogólnego chorego, mianowicie ustąpienie objawów dodatkowych jak zawrotów głowy, bicia serca i t. d.

Kilka przykładów wykaże przebieg leczenia.

Chora K. P. lat 63, l. p. m. 25, skarży się na bardzo silne zawroty głowy, tak że bez pomocy nie może kroku zrobić, miewa bóle w okolicy żołądka, niezależne od przyjmowania pokarmów i odbijania głuche. Ciśnienie krwi wyjściowe: 10. X. 1934 240/120, 15. X. 1934 210/120, 23. X. 1934 200/100, 6. XI. 1934 190/100. Co 2 dni *Cardiogen* 1 amp.

U chorej stwierdza się rozszerzenie tętnicy głównej, wątrobę powiększoną (2 palce poniżej łuku), drugi ton nad tą tętnicą dźwięczny. Już po 3 zastrzykach *Cardiogenu* nastąpiła znaczna poprawa podmiotowa, zawroty ustąpiły; chora bierze dalej *Cardiogen* doustnie 2 razy dziennie po 15 kropel, 19. XI. 1934 RR 195/100, tętno 80. Przypadek ten zasługuje z tego względu na uwagę, że leczenie *Cardiogenem* dało bardzo dobry wynik, poza spadkiem ciśnienia, ustąpienie wszystkich objawów podmiotowych, zupełne swobodne poruszanie się bez zawrotów głowy.

Chora A. Ge., l. p. m. 61, lat 56. Cukrzyca. RR 220/130, w moczu 7.5% cukru, we krwi 205 mg%. Po dwu tygodniach leczenia *Cardiogenem* 16. X. 1934 RR 200/130, w moczu niema cukru, leczona jest tylko dietą. Znaczna poprawa stanu ogólnego.

Chory I. K. l. p. m. 66, lat 60. *Hypertonia essentialis.* RR 230/100, zawroty głowy, napad z drgawkami toniczno-klonicznemi. Leczenie *Cardiogenem* przez 3 tygodnie. Po pierwszym tygodniu RR 200/100, później 190/100, poprawa stanu ogólnego.

Z drugiej grupy chorych, cierpiących na dusznicę bolesną, zasługuje na uwagę przedewszystkiem chory A. R., l. p. 59, lat 72. *Diabetes mel.* Dusznica bolesna. RR 170/90. Napady bólów w spokoju i w ruchu. Cukier w moczu 1%, w krwi 166 mg%. *Cardiogen* co trzy dni 1 ampułka, ustanie bólów w spokoju, od czasu do czasu bóle przy chodzeniu RR 155/95. Podmiotowo chory czuje się dobrze. Przedtem leczony bardzo intenzywnie teobrominą, nitrytami, i t. d., miewał stale napady, dopiero po zastosowaniu *Cardiogenu* nastąpiła znaczna poprawa stanu zdrowia. Insuliny nie brał.

Chory H. G., l. p. m. 32, lat 64. Cukrzyca, dusznica bolesna, częste napady, bardzo długo trwające. Leczony był Angioxylem bez większego skutku. RR 195/110. Dostaje co drugi dzień *Cardiogen* domięśniowo, poprawa stanu ogólnego, napady rzadsze i zmniejsza się ich nasilenie, RR 165/110. Przypadek niniejszy należy do najcięższych; poszczególne okresy choroby przypominały *statut anginosus.* Wynik osiągnięty w tym przypadku *Cardiogenem* był bardzo korzystny.

Chora K. W., l. p. 6, lat 64. Cukrzyca. RR 230/90, skarży się na bóle przy chodzeniu w lewem podudziu pozatem na drętwienie palców lewej ręki, leczona wielokrotnie na płaską stopę. Wykazuje przy badaniu brak tętnienia w tętnicy grzbietnej stopy i brak wahań oscylometrycznych w podudziu lewem powyżej kostki. W moczu 2,5% cukru, we krwi 212 mg%. Otrzymuje co trzy dni 1 amp. *Cardiogenu.* Objawy bólu w nodze zmniejszyły się tak znacznie, że odbywa dłuższe przechadzki bez dolegliwości. Insuliny nie dostawała. Przebieg leczenia w tym przypadku dowodzi pełnego wpływu *Cardiogenu* na zmiany w naczyniach obwodowych i zachęca do stosowania w schorzeniach takich jak choroba Bürgera, zgorzel, cukrzyca, choroba Raynauda.

Wymienione przypadki dla przykładu z całej serji przytoczone dowodzą, że:

Preparat krajowy *Cardiogen* Klawe nie wykazuje żadnych ujemnych działań.

Stosowany w przebiegu nadciśnienia tętniczego obniża patologicznie podwyższone ciśnienie krwi.

Stosowany w dusznicy bolesnej przyczynia się do zmniejszenia napadów.

[1]) Obecnie stosuje Sommer roztwór kwasu adenozynofosforowego w celach terapeutycznych przy dusznicy piersiowej, rzekomo z dobremi wynikami.

Piśmiennictwo:

1) Heidenhain R.: Pflügers Arch. 49, 209, 1881. — 2) O'Connor: Arch. f. exp. Path. 67, 195, 1912. — 3) König W. Klin. Woch. 2060, 1930. — 4) Zipf K.: Med. Klin. 263, 1931. — 5) Frey: M. med. Woch. 1951, 1929. — 6) Haberlandt L.: Med. Klin. 9, 1929. — 7) Zuelzer G.: D. m. W. 760, 1930. — 8) Schwarzmann: M. med. Woch. 43, 1929. — 9) Dadlez i Koskowski: Pol. Gaz. Lek. 27, 1932. — 10) Fahrenkamp: Med. Klin. 9, 1929. — 11) Tenże i Schneider: Med. Klin. 2, 1930. — 12) Ludwig W.: Kl. Woch. 33, 1931. — 13) Frey i Kraut: M. med. Woch. 763, 1928. — 14) Leschke: Dyskusja Ber. med. Ges. 9. VII. 1930. — 15) Frey i Werle: Klin. Woch. 600, 1933. — 16) Felix i Tochowicz: Pol. Arch. Med. Wewn. T. IX. 1931. — 17) Görtz: Pol. Gaz. Lek. 27, 1932. — 18) Rothmann H.: Klin. Woch. 2, 1931. — 18) Rigler i Schaumann: Klin. Woch. 37, 1930. — 19) Rothmann: Arch. f. exper. Path. 155, 129. — 20) Drury i Szent-György: J. of. Physiol. 68, 313, 1929. — 21) Parnas i Ostern: Biochem. Zeitschr. 248, 4, 1932. — Haberlandt: Hormon der Herzbewegung. Urban-Schwarzenberg 1927. — 23) Zipf: Klin. Woch. 33, 1931. — 24) Jonescu i Teitel: Contribution a l'etude des substance du coeur, L'hormone cardiaque. Arch. Internat. physiol. Str. 267—279. 30. — 25) Katz i Leibensohn: Compt. rend. Soc. de Biol. 695—696. 99. — 26) v. d. Velden: D. med. Woch. Str. 619, 672, 712, 753, 1931. — 27) Haberlandt L.: Med. Klin. Str. 1240, 1931. — 28) Tenże: Med. Klin. Str. 380, 1931. — 29) Tenże: Med. Klin. 313, 1930. — 30) Fleischmann P.: Sitzungsbericht Verein f. innere Med. Berlin 2. XI. 1931. Klin. Woch. 2369, 1931. — Nuzum i Elliot: Arch. of Intr. Med. Chicago 49, 1932. — 32) Sommer W.: M. med. Woch. 283—324. 1935.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 35. Srebrny J.: Nowotwory złośliwe migdałków (dok.). — Rubinsztejn M.: Wpływ układu przedsionkowego na ciśnienie krwi. — Neuman A.: Obecny stan nieswoistego leczenia bodźcowego cierpień gośćcowych.

Lekarz Wojskowy. T. XXVI. Nr. 3. Wszelaki St.: W sprawie organizacji kursów dokształcających dla lekarzy wojskowych. — Michałowicz M.: Nowe kierunki w pedjatrji. — Wojciechowski A.: Postawa i sprawność ruchowa z punktu widzenia chirurga. — Mozołowski S.: Dwa przypadki stwardnienia wieloogniskowego po urazie. Niesłuszne orzeczenie Komisji Rewizyjnej. — Pęksa Wł.: O hodowaniu prątka błonicy na podłożu Hilla.

Nowiny Społeczno Lekarskie. Nr. 18. 1935.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 38. 1935.

Nowiny Lekarskie. Z. 18. 1935. Jonscher K.: Stosowanie surowic i szczepionek w wieku dziecięcym. — Bajoński: Ciąża a nędza mieszkaniowa. — Cierkowska O.: Zmiany w jajniku kobiecym po naświetleniu dużemi dawkami promieni Roentgena. — Metler St.: Leczenie niepłodności wywołanej zapaleniem przydatków macicy i jego wyniki.

Lekarz Polski. Nr. 9. 1935. Chodźko W.: Handel kobietami. Zembrzuski L.: Zagadnienie pojawienia się kiły (przymiotnicy) w Europie. — Medycyna społeczna zagranicą.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 36. 1935. Z. Kurlandski i B. Kryński: Płuco krztuścowe. — A. Graber: Przyczynek do leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej. — M. Rubinsztajn: Wpływ układu przedsionkowego na ciśnienie krwi (dok.). — T. Sokołowski: O leczeniu głodem.

Medycyna. Nr. 18. 1935. K. Wagner: O czerwonce pełzakowej i jej leczeniu na podstawie spostrzeżeń w Egipcie. — J. Szabunia: Stosunek objawów klinicznych do danych rentgenologicznych w przypadkach przerzutów nowotworów złośliwych do kości. — K. Szokalski i G. Nieciecka: Odczyny koloidalne krwi w gruźlicy. — Z. Bogdanowicz: O różniczkowaniu gronkowców w praktyce bieżącej.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 39. 1935.

Wiadomości Statystyczne. Nr. 27. 1935.

Wiadomości Weterynaryjne.

OCENY.

Six Conférences de Physiologie. LÈON BINET. Masson et Cie. Paris 1935.

Sześć odczytów, które autor wygłosił w Buenos Aires — są raczej popularnem omawianiem czynności płuc, nadnercza, podwyższenia ciepłoty, czynności nerwowej i zatruć. Ta rozmaitość tematów przystosowana była do potrzeby wygłoszenia w skróconej i wskutek tego powierzchownej formie pewnych zdobyczy w sprawach dotyczących czynności wymienionych organów. Więc zatrzymanie tłuszczów i dezamidacja w płucach, wpływ braku tlenu i aparat do sztucznego oddychania stanowią treść dwóch pierwszych odczytów; zmniejszenie glutationu w chorobach nadnercza i wpływ przegrzania na stosunek ciałek czerwonych do plasmy i na składniki krwi są treścią dwóch następnych — a wpływ choliny i przystosowania do trucizn lub podwyższenia ich czynności — oraz wpływ kofeiny przy duszności — jest przedmiotem dwóch ostatnich.

Moraczewski (Lwów).

La maladie de Skévos Zervos ou maladie des pecheurs d'eponges nus. (Choroba Skevos Zerfvos albo choroba poławiaczy gąbek nagich). J. B. BAILLÈRE ET FILS. Paris.

Choroba, którą opisuje autor, polega na zakażeniu jadem aktinji morskiej — promienicy morskiej, które zdarza się przy zranieniu skóry, przy poławianiu i odrywaniu gąbek na dnie morza. Poławiacze nadzy, zbierający gąbki, narażeni są na skaleczenia i podrapania skóry przez kamyki na gąbkach spotykane. Przez te rany jad dostaje się do krwi i wywołuje umiejscowione zapalenie i ogólne zatrucie z gorączką, wymiotami, osłabieniem i t. p. Choroba trwa kilka dni i rzadko bywa śmiertelna. Leczenie polega na jaknajszybszem wyssaniu jadu zapomocą bańki i okładania rany wodą gulardową.

Moraczewski (Lwów).

Zagadnienia opieki nad macierzyństwem, dziećmi i młodzieżą w Polsce. Wydawnictwo zbiorowe pod redakcją Bronisława Krakowskiego. Nr. 17. — *Organizacja i prowadzenie żłobków*. JAN BOGDANOWICZ. Nakładem Pol. Kom. Opieki nad Dzieckiem. Warszawa 1935.

Pożyteczna ta broszura zawiera zwięzły opis urządzenia żłobków i krótką historję tej instytucji w Polsce i zagranicą. Omawiane są przytem złe i dobre strony żłobków, możliwość zakażenia i inne z prowadzeniem żłóbka związane trudności, przyczem rozważania te poparte są statystycznemi danemi, z których dowiadujemy się o ilości pracujących kobiet, o śmiertelności niemowląt i t. p. Warunki dostarczania dziecka do żłobka, koszt urządzenia znalazły należytą krytykę i dostarczyły informacyj, pozwalających na ocenienie wartości takiego żłobka i warunków jego urządzenia. Organizacja z bardzo szczegółowem wyliczeniem potrzeb żłobka, jego umieszczenia, ilości pokojów, pracowników, sprzętów znajdują w dalszym rozdziale należyte oświetlenie.

Skolei omawiane są obowiązki lekarza, kierowniczki i pielęgniarek, znaczenie wywiadu i pouczanie matek, wreszcie tryb życia i technika ilustrowana obrazkami. Prowadzenie ksiąg i regestracja osób objaśnione są w osobnym rozdziale, poczem podany jest opis żłobków fabrycznych i żłobków dzielnicowych, wraz z przykładami, dotyczącem istniejących już żłobków u nas i w Lipsku. Umieszczenie dla dzieci starszych, tak zwany „dzieciniec" i stacja lotna, jako odrębne zakłady opisane są w innych rozdziałach. Program kursów i przedmioty wykładane podane w najogólniejszych zarysach pozwalają ocenić kwalifikacje pielęgniarek. W ostatnich rozdziałach podano regulamin dotyczący obowiązków pielęgniarek, lekarzy i matek oraz instrukcje urządzenia i urzędowania żłobka.

Praca ta nietylko ma doniosłe znaczenie, jako pouczający i pożyteczny rozdział higjeny społecznej, ale jest objawem pocieszającym naszego rozwoju kulturalnego. Szerzenie tych wiadomości i zachęcanie do tworzenia podobnych instytucyj należy do najgłówniejszych obowiązków nietylko lekarzy, ale całego społeczeństwa.

Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Kwas moczowy w moczu chorych rakowych. L. GOLBER. Wracz. Dieło. Nr. 2. 1935.

Ilość kwasu moczowego w moczu osobników zdrowych waha się od 16.5 do 21.1 mg. Ilość kwasu moczowego w moczu zbadanych chorych nie rakowych (wrzód żołądka, zapalenie okostnej, Basedow) — waha się w granicach od 16.5 do 31.9 mg; wyjątek stanowią chorzy cukrzycowi u których ilość kwasu moczowego waha się od 59.8 do 139.1 mg. Ilość kwasu moczowego w moczu chorych rakowych waha się od 34.7 do 101.6 mg. Badania wykonano zmodyfikowaną metodą Riesser-Fincke. Oznaczenie kwasu moczowego w moczu chorych rakowych pozwala do pewnego stopnia uważać zwiększoną ilość kwasu moczowego za charakterystyczną dla organizmu rakowego i zwrócić uwagę na celowość dalszego opracowania tej metody dla celów rozpoznawczych.

M. Segal (Lwów).

Eksperymentalna małopłytkowość. A. SZLACHMAN, P. BIELIKOW, R. JAGUDINA. Klinicz. Med. Nr. 6. 1935.

Autorzy uzyskali z askaryd świni substancję toksyczną, która wprowadzona pozajelitowo świnkom morskim dała obraz małopłytkowości. U świnki morskiej wagi 500 g ilość płytek waha się od 200.000 do 300.000. Pod wpływem wstrzykniętych toksyn ilość ta spadła do 97.750.

Hemolityczne działanie askaryd *in vivo* zostało już ustalone, małopłytkowości jednak dotychczas nie uzyskano.

M. Segal (Lwów).

Obecność swoistego składnika w moczu chorych rakowych. MAX AZON. Presse Méd. Nr. 41. 1934.

Autor wykonał przeszło 400 doświadczeń, mających na celu wykazanie, że nowotwory złośliwe mogą być źródłem wytwarzania różnych substancyj wydalanych z moczem. Autor wychodzi z założenia, że istota korowa nadnerczy jako bardzo czuła na wszelkiego rodzaju zatrucia egzo- i endogeniczne powinna również reagować na wspomniane substancje u chorych rakowych.

Odpowiednio spreparowany osad z moczu chorych rakowych wstrzykiwano królikom, poczem wykonywano badania mikroskopowe nadnerczy. W przypadkach raka stwierdzono zmiany następujące w nadnerczach: *zona fascicularis* nadnercza składa się z komórek w których normalnie cytoplazma wypełniona jest kropelkami tłuszczowemi, po wstrzyknięciu królikom odpowiednio spreparowanego osadu z moczu chorych rakowych — kropelki tłuszczu znikają, spongiocyty zmniejszają się a cytoplazma ich staje się bardziej zbita i mocno barwliwa. Rodzaj i wielkość nowotworu nie wpływają na charakter zmian nadnercza. Mocz chorych kontrolnych (gruźlica, kiła i t. d.) nie wykazywał podobnych zmian i dlatego uważa autor tę reakcję za swoistą dla obecności raka.

Pozatem wstrzykiwał autor surowicę krwi królików, którym wstrzykiwano mocz chorych rakowych, innym królikom kontrolnym. Tym kontrolnym królikom po 3—8 dniach wstrzykiwano osad z moczu chorych rakowych. Badanie nadnerczy tych królików nie wykazano zmian i stąd wyprowadza autor wniosek o możliwości wytworzenia swoistego antygenu we krwi królików po wprowadzeniu moczu chorych rakowych. *M. Segal* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O ambulatoryjnem leczeniu nadkwaśności salicylanem sodowym. A. SEGAL. Wracz. Dieło. Nr. 4. 1935.

W 36 przypadkach nadkwaśności żołądka, wrzodu żołądka i dwunastnicy, podawano salicylan sodowy (10.0—150.0), 3—5 razy dziennie po jedzeniu. Poza poprawą subjektywną (ustąpienie zgagi, bólów) stwierdzono obniżenie kwasoty soku żołądkowego. Stan ten utrzymuje się u pacjentów będących w obserwacji od roku do 1½. Przeciwwskazaniem jest zdaniem a. podawanie salicylanu sodowego przy *normaciditas, hypociditas i anaciditas,* przy skłonnościach do krwawień żołądkowych, pozatem przy dekompensacji serca. Jakie jest teoretyczne uzasadnienie korzystnego wpływu salicylanu sodowego na nadkwasność — nie wiemy. Możliwe, że wchodzi w grę wzmożone wydzielanie śluzu w żołądku. Autor przypuszcza jednak, że mechanizm działania jest głębszy: możliwe, że stoi w związku z centralnym układem nerwowym i układem wegetatywnym. *M. Segal* (Lwów).

Przypadek bólów żołądkowych przy wylewie krwawym do mózgu. B. ŻYTNIKOW. Klinicz. Med. Nr. 5. 1935.

U pacjenta 55-letniego nagle wystąpiły bardzo silne bóle brzucha, które nie ustępowały nawet po podaniu narkotyków, natomiast stale wzmagała się bladość. Stan pacjenta pogarszał się z każdą godziną, nie było jednak wskazania do interwencji chirurgicznej, gdyż brzuch cały czas pozostawał miękki, nie wzdęty, nie bolesny. Pacjent zmarł w 8 godzin od początku napadu.

Badanie anatomiczno-patologiczne wykazało dwa wylewy krwawe w okolicy *nucleus caudatus* i w prawym płacie skroniowym. Brak zmian w narządach wewnętrznych.

Podobny przebieg tłumaczyć można kurczami żołądka, zależnie od wpływu ośrodków wegetatywnych. Jeżeli kurcze te występują u osobników starszych z miażdżycą tętnic i towarzyszy im wybitna bladość należy myśleć o wylewie krwawym w okolicy ośrodków wegetatywnych. *M. Segal* (Lwów).

Nowsze badania nad chorobami osesków. W. ZIEGLER. „Praxis" Schweiz. Rundschau f. Medizin. 1934. Nr. 36.

Autor omawia najczęściej spotykane u osesków schorzenia i nowoczesne metody ich leczenia.

Specjalną uwagę poświęca zaburzeniom układu moczowego (zapalenie miedniczek i pęcherza moczowego — *pyelitis* i *pyelocystitis)* oraz zaburzeniom w normalnem trawieniu (dyspepsja).

Schorzeniom układu moczowego o których wyżej mowa, towarzyszy wysoka gorączka, niepokój, często kurcze. Przedewszystkiem stosuje się odpowiednią dietę nerkową, nie można jednak dopuścić do występowania pragnienia u osesków, gdyż mogłoby to spowodować ciężkie samozatrucie. Podaje się obficie wodę z dodatkiem Nutromaltu. Znacznie częściej występują przypadki dyspepsji. Spośród wielu metod leczenia najlepsze wyniki dało podawanie małych, stopniowo wzrastających ilości mleka z kleikiem ryżowym i Nutromaltem (3—7%). W cięższych wypadkach stosuje się kleik ryżowy z maślanką z dodatkiem 4—6% Nutromaltu. Ta ostatnia mieszanka odznaczająca się wysoką wartością kaloryczną, nadaje się również do leczenia lżejszych, chronicznych dyspepsyj, a przedewszystkiem jako podstawowy pokarm dla źle pijących i słabo trawiących osesków. *X.*

Nowe spostrzeżenia w leczeniu krwawień. JACQUES ROSKAM. L'Echo Médical du Nord. T. 2. Str. 338—351. z 25. VIII. 1934.

Od czasu Hippokratesa istnieje mniemanie, że zimno ma własność tamowania krwawień. Autor wziął sobie za cel obalić to mniemanie badaniami doświadczalnemi. Doświadczenia były dokonywane na uchu królika przy użyciu specjalnej techniki. Okazało się, że czas krwawienia przy normalnej ciepłocie ciała jest najkrótszy, i że ciepłota poniżej 32° (szczególnie między 10° i 0°) oraz powyżej 45° (szczególnie powyżej 48°) przeciwdziałają samoistnemu tamowaniu krwi. W następnej serji doświadczeń autor obserwował wpływ środków zwanych *„haemostatica"* na czas krwawienia. Technika była następująca: Na uchu królika dokonano możliwie jednakowych nacięć i ustalano czas krwawienia przez zmywanie badanym środkiem, przez nacieczenie podskórne okolicy rany i przez wstrzyknięcie domięśniowe bądź dożylne. Badane były roztwory żelatyny, wyciągi z płuc *(clauden),* cytrynian sodowy, adrenalina, efedryna, ergotamina, różne surowice i t. p. Żaden z wymienionych środków nie skracał czasu krwawienia u normalnego królika. Prawdziwe działanie tamujące krwawienie wykazał *Coagulen,* wyciąg z tylnego płata przysadki oraz lekko zakwaszona woda. *Coagulen* skracał czas krwawienia o 29% przy zmywaniu rany, o 29% przy nacieczeniu podskórnem okolicy rany i 31% przy wstrzyknięciu dożylnem 3% roztworu *W. Kurowski.*

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Terapja rentgenowska nacieków dokoła wyrostka robaczkowego. G. ZALCMAN. Klinicz. Med. 5. 1935.

Terapję rentgenowską zastosowano w 14 przypadkach. Były to przypadki: 1) nacieków z ciepłotą 39—40°, silnemi bólami, jednak nie nadające się do operacji; 2) nacieki chroniczne z tak częstemi obostrzeniami, że chory nie mógł być poddany zabiegowi operacyjnemu. Po terapji rentgenowskiej we wszystkich przypadkach nastąpiła wybitna poprawa: wessanie się nacieku, ustąpienie bólów, spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego. Wyniki te były trwałe. *M. Segal* (Lwów).

Czy thorotrast jest bezpieczny przy pyelografji? L. KRAUSS. Zbl. f. Chir. Nr. 42. 1933.

Thorotrast (Th) daje bardzo wyraźny cień i pod tym względem działanie jego jest zupełnie zadowalniające. Doświadczenie wykazuje jednak, że Th. bardzo powoli wydziela się z organizmu: w przypadku a. w rok po wykonaniu pyelografji zapomocą Th. na rentgenogramie widoczne były cienie w miąższu nerkowym. Wskazuje to nietylko na zatrzymanie Th. w miedniczce nerkowej, ale na przenikanie Th. do miąższu nerkowego. Jakkolwiek klinicznie nie stwierdzono objawów zapalenia nerek i nie znaleziono składników patologicznych w moczu — istnieje mimo to możliwość uszkodzenia miąższu nerkowego. Pozatem Th. zatrzymany w nerce może być przyczyną błędnego rozpoznania kamieni i niewłaściwego wskazania do operacji. *M. Segal* (Lwów).

Hepato-lienografja. S. KOPELMAN, B. JOFFE. Klinicz. Med. Nr. 6. 1935.

Praca zawiera przegląd piśmiennictwa dotyczącego metodyki i niejednolitych wyników uzyskanych przez różnych autorów, przy stosowaniu thorotrastu dla celów hepato-lienografji i na zwierzętach dla celów eksperymentalnych. Ostatnio daje się zauważyć tendencja do szerszego stosowania thorotrastu jako środka kontrastowego w eksperymentalnej rentgenobiologji. Jednocześnie i skład preparatu ulega zmianom w kierunku zwiększenia kontrastowości i zmniejszenia toksyczności. Według danych piśmiennictwa, ostatni preparat thorotrastu Nr. 1073 nie wywołuje prawie żadnych powikłań u zwierząt i ludzi.

Zdaniem autorów, trudno przewidzieć czy thorotrast utrzyma się jako środek kontrastowy dla celów rozpoznawczych w schorzeniach wątroby i śledziony u ludzi, biorąc pod uwagę, że jednak w piśmiennictwie opisane są przypadki śmiertelne po wprowadzeniu thorotrastu. Stosować go można w dziedzinie rentgenologji eksperymentalnej. *M. Segal* (Lwów).

Wpływ hormonu rujowego na poziom cukru we krwi. ST. LIEBHART. Gin. Pol. T. XIV. Z. VII—IX.

Badania eksperymentalne autora wykazały, że wpływ hormonu rujowego na poziom cukru we krwi jest niejednolity. Przeważnie stwierdzono obniżenie się poziomu cukru, w niektórych jednak przypadkach stwierdzono podwyższenie, są wreszcie i takie przypadki w których poziom cukru pozostał bez zmiany.

Autor omawia mechanizm tego procesu, opierając się na badaniach rosyjskiego autora Kabanowa nad systemem wegetatywnym i wkrewnym. *M. Segal* (Lwów).

Medycyna sądowa i psychiatrja.

Ostre zatrucie chlorkiem cynku. LEWIŃSKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Na podstawie trzech własnych przypadków zatrucia chlorkiem cynku i danych z piśmiennictwa autor wyciąga następujące wnioski: zatrucie chlorkiem cynku było opisywane rzadko, ilość dotąd spostrzeganych przypadków wynosi 68, w tem 50 przypadków zatruć przez usta. Chlorek cynku działa przeważnie miejscowo, powodując silne strącenie białka i odciągnięcie wody z tkanek. Warstwa martwicza błony śluzowej jest sucha i szarawo srebrzyście zabarwiona; w przypadkach przyjęcia trucizny przez usta, błona śluzowa jamy ustnej, gardła i przełyku może być nie zmienioną. Działanie resorbcyjne trucizny (występujące nie stale) anatomicznie przejawia się pod postacią zwyrodnienia nerek i wątroby. Śmiertelność wynosi około 60%, przytem w 40% przypad-

ków zejście śmiertelne ma miejsce w kilka godzin po zażyciu trucizny wśród wymiotów, drgawek, duszności i zapadu. Jeśli zatruty przeżyje dni kilka, lub kilka tygodni, umiera zwykle spowodu powikłań takich, jak krwotoki żołądkowe, przebicie żołądka, zwężenie odźwiernika, obrzęk głośni i zapalenie płuc. *W. D.*

Ciała obce w przewodzie pokarmowym chorych psychicznie. MESSING. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Autor opisuje trzy przypadki połknięcia ciał obcych przez schizofreników. W pierwszym był połknięty kasztan, który uwiązł w górnej cieśni przełyku, w następstwie czego wystąpiła odleżyna, stan zapalny tkanek tylnego śródpiersia i zapalenie włóknikowo-ropne opłucnej. Przypadek z tego względu jest godny uwagi, że chory opowiadał o tem, iż połknął kasztan, lecz potraktowano to jako urojenie i nie dano mu wiary. W drugim przypadku u chorej w żołądku znaleziono kłąb włosów, tworzący prawie dokładny odlew światła żołądka, przechodzący do dwunastnicy i kończący się w jelicie cienkim szpagatem, którego koniec wystawał przez otwór w ścianie jelita. W trzecim przypadku w cienkim jelicie chorego znaleziono kilka kawałków cegły, dwa kamienie i jeden guzik. *W. D.*

O śmierci nagłej z przyczyn naturalnych u dorosłych i u nieletnich na podstawie materjału Zakładu Medycyny Sądowej U. J. w latach 1900—1930. PIECZARKOWSKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Materjał autora dotyczy 171 przypadków śmierci dzieci i 730 przyp. śmierci dorosłych. U dorosłych nagły zgon występował wskutek miażdżycy naczyń wieńcowych serca w 28%, wskutek schorzeń tętnicy głównej w 14%, wad zastawek 7%, krwotoków mózgowych 5%, zapalenia płuc 4% i t. p. Nagły zgon częściej występował u mężczyzn, niż u kobiet, kobiety zaś znacznie częściej, niż mężczyźni umierały spowodu wad zastawek, serca, krwotoków do mózgu i uwiądu starczego. U dzieci najczęstszą przyczyną zgonu były schorzenia narządu oddechowego, na drugiem miejscu, narządu trawienia. *W. D.*

Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej U. W. za r. 1934. GRZYWO-DĄBROWSKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

W r. 1934 w Z. M. S. było dokonane na wezwanie władz sądowych i prokuratorskich 1025 oględzin zwłok dorosłych, dzieci i noworodków, z tego w przypadkach zabójstw 118, samobójstw 132, zgonów wypadkowych 251, zgonów naturalnych 265, w następstwie poronień lub porodów 95, zwłok płodów i noworodków 162, badanie kości 2. Pozatem dokonano 108 naukowych oględzin zwłok. W r. 1934 w poliklinice sądowo-lekarskiej Zakładu dokonano na wezwanie odpowiednich władz badań 744 osób żywych w przypadkach uszkodzeń ciała, dochodzeń odbytego stosunku płciowego, odbytej ciąży i t. p. Wreszcie w roku sprawozdawczym w pracowni Zakładu przeprowadzono 39 badań dowodów rzeczowych (badanie plam krwi, nasienia, włosów i t. p.
W. D.

Polska Bibljografja kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych za rok 1934. GRZYWO-DĄBROWSKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Autor zestawił całkowite piśmiennictwo polskie według następujących działów: Zagadnienia prawne. Kryminologja. Kazuistyka. Psychologja i psychopatologja sądowa. Alkoholizm: Narkomanja. Samobójstwo. Więziennictwo. Sprawy zawodowe. Partactwo lecznicze. Orzecznictwo. Niezdolność do pracy. Choroby zawodowe. Choroby. Śmierć. Uszkodzenia ciała. Otrucia. Ciąża. Poród poronienie. Dzieciobójstwo. Życie płciowe. Choroby weneryczne. Małżeństwo. Varia. *W. D.*

Z kazuistyki samobójstw przez harakiri. POPIELSKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Autor opisuje cztery tego rodzaju przypadki. W jednym 44-letni mężczyzna otworzył sobie brzuch i wyciął kawałek jelita. Śmierć nastąpiła wskutek skrwawienia się. *W. D.*

Przenoszenie ciąży jako zagadnienie sądowo-lekarskie. OLBRYCHT i ZUBRZYCKI. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Autorzy dzielą ciążę przenoszoną na trzy grupy: ciążę trwającą nie dłużej jak 302 dni w przypadkach, gdy przedłużenie jej trwania miało swe źródło w przyczynach fizjologicznych; przedłużenie ciąży na tle zmian patologicznych ponad dni 302 i wreszcie — wyjątkowo długie trwanie ciąży ponad dni 320. Omówiwszy całokształt zagadnienia, autorzy podnoszą, że w przypadkach ustalania ojcostwa jest koniecznem przeprowadzanie badań na grupy krwi zapomocą najnowszych metod doświadczalnych.
W. D.

Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w płucach. WEJNBERG. Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Nr. 1—2. 1935.

Autor opisał przypadek, gdzie ząb przy wyjmowaniu przez dentystę, wpadł do lewego oskrzela, co w konsekwencji spowodowało wystąpienie zapalenia oskrzeli i opłucnej. W początku przypadek nie był należycie rozpoznany, wyzdrowienie nastąpiło po ustaleniu istoty cierpienia i wyjęciu zęba z oskrzela.
W. D.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 8 maja 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Gradziński (gość T-wa) przedstawia z Oddziału Neurologicznego Szpit. św. Łazarza chorą lat 30; od 2 lat okresowo parestezje i bóle w ręce lewej, czasami i w nodze lewej. W listopadzie 1934 atak drgawkowy w ręce lewej z następowem osłabieniem ręki i nogi, bóle głowy, nudności i wymioty okresowo występujące. Przedmiotowo: hemipareza lewostronna w śladach, rozwinięta obustronnie tarcza zastoinowa, silne bóle głowy i wymioty, dwukrotnie ataki Jacksona w ręce lewej.

Wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego, we krwi początkowo 2%, potem 6% eozynofilów, w płynie mózgowo-rdzeniowym dwukrotnie badanym pleocytoza 118/3 i 156/3, białko wybitnie wzmożone, współczynnik 1.5, krzywe koloidalne paralityczne przy ujemnych odczynach Wa. W osadzie 27% i 29% eozynofilów. Rozpoznanie: *cysticercosis cerebri.* Przypadek jest rzadki z uwagi na rozpoznanie za życia postawione, na podstawie przebiegu klinicznego, a w szczególności badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Pod wpływem środków zmniejszających ciśnienie śródczaszkowe, stan chorej poprawił się, co jednak uważać należy za okres przejściowy i w razie pogorszenia konieczny będzie zabieg operacyjny, który rokowałby wyleczenie w razie pojedynczego pasorzyta, a w wielokrotnym mógłby przynieść poprawę, ratując wzrok.

W dyskusji: Dr. Eisenberg zapytuje, czy w płynie mózgowo-rdzeniowym znaleziono haczyki, kwas bursztynowy i czy wykonano odczyn wiązania dopełniacza.

W odpowiedzi. Kol. Gradziński stwierdza, że haczyków nie znaleziono, stwierdzenie kwasu bursztynowego jest dość trudne i kosztowne, a odczyn wiązania dopełniacza nie zawsze daje pewny wynik.

Dr. Filip Eisenberg wygłosił wykład p. t.: *O zakażeniu bezobjawowem. Część II.* (Przeznaczone do druku w całości).

W dyskusji zabierał głos prof. Kostrzewski, *w odpowiedzi.* prelegent.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół uroczystego posiedzenia żałobnego spowodu zgonu I. Marszałka Polski Józefa Piłsudskiego.

W środę, dnia 15 maja 1935 r., odbyło się zamiast zwyczajnego posiedzenia naukowego, uroczyste posiedzenie żałobne Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, ku uczczeniu pamięci ś. p. Marszałka Józefa Piłsudskiego.

Posiedzenie otworzył Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz następującemi słowy:

„Wieść o zgonie Marszałka Piłsudskiego wstrząsnęła nietylko Polską, lecz także i całą Europą. Zmarł bowiem Genjusz, który dla Polski był wskrzesicielem, budowniczym i Wodzem, a dla Europy i świata całego symbolem i uosobieniem Mocarstwowej Polski. Nie czuję się na siłach, aby tutaj mówić o Marszałku Piłsudskim, uczyni to historja. Pozwolę sobie jedynie odczytać Orędzie Pana Prezydenta Rzeczypospolitej".

Po odczytaniu Orędzia uczczono pamięć ś. p. Zmarłego Marszałka dwuminutowem milczeniem.

Następnie zawiadomił Przewodniczący zebranych o wysłaniu przez Zarząd następujących depesz kondolencyjnych:

„Do Pana Prezesa Rady Ministrów, Walerego Sławka w Warszawie. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie, jednocząc się z całem społeczeństwem w żałobie i bólu po zgonie Wodza Narodu, składa na ręce Pana Premjera wyrazy hołdu dla pamięci Zmarłego Marszałka Józefa Piłsudskiego i słowa głębokiego współczucia dla Rządu Rzeczypospolitej".

„Do Pani Marszałkowej Aleksandry Piłsudskiej w Warszawie. Krakowskie Towarzystwo Lekarskie składa dostojnej Pani w ciężkiej i bolesnej dla Niej i dla Polski chwili gorące wyrazy współczucia“.

Na znak żałoby na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 22 maja 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokóły z poprzednich 2 posiedzeń Towarzystwa.

Przewodniczący zawiadamia o powzięciu przez Zarząd zamiaru mianowania Senjora Towarzystwa Dr. Józefa Surzyckiego członkiem honorowym T-wa Lekarskiego Krakowskiego. Wniosek powyższy uzasadnia Zarząd zasługami, jakie Dr. Surzycki położył dla dobra i rozwoju Towarzystwa; zarówno w latach swej prezesury (1896, 1897), jak i potem jako redaktor „Przeglądu Lekarskiego“ i „Polskiej Gazety Lekarskiej“, a następnie jako wieloletni przewodniczący komisyj przedwyborczych oraz delegat T-wa na Walne Zgromadzenie Towarzystwa Lekarzy Polskich b. Galicji. Piastując wszystkie te godności nie szczędził i podziśdzień nie szczędzi Dr. Surzycki swego trudu i pracy dla Towarzystwa. Dalej nadmienia Przewodniczący, że w najbliższym czasie obchodzi Dr. Surzycki uroczystość 50-lecia uzyskania dyplomu doktorskiego.

Wniosek Zarządu o mianowanie Dr. Józefa Surzyckiego członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przyjęto przez aklamację.

Dr. Surzycki dziękuje za zaszczytne wyróżnienie go.

Doc. Dr. Brzezicki przedstawił: 1. *Przypadek zespołu Foix.* 2. *Przypadek dysfunkcji wielogruczołowej.*

Kol. Drohocka (gość T-wa) przedstawiła *3 przypadki w związku z wykładem p. t.: „Z kazuistyki udarów mózgowych“.*

Doc. Dr. Reiss przedstawił przypadek: *„Pokrzywki barwikowej trwałej“.*

Kol. Schmidt (gość T-wa) przedstawił przypadek: *„Sarcomatosis multiplex haemorrhagica“.* (Wszystkie przypadki będą ogłoszone drukiem).

W dyskusji zabierali głos: Doc. Szymanowicz i Prof. Walter.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29 maja 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

Przewodniczący wita jako gościa Towarzystwa P. Dr. Stefana Otolskiego z Warszawy i prosi go o wygłoszenie wykładu.

Dr. Stefan Otolski wygłosił wykład p. t.: *„Frontem do własnego przemysłu farmaceutycznego“.* (Streszczenie własne).

Prelegent na wstępie zwrócił uwagę na istniejącą od najdawniejszych czasów łączność między medycyną i farmacją, oraz na potrzebę utrzymania również teraz łączności medycyny z przemysłem farmaceutycznym. Dalej przedstawił prelegent podział fabryk, wytwarzających chemikalja i przetwory farmaceutyczne, na kategorje więcej chemiczne i więcej farmaceutyczne. Następnie opisał prelegent stan polskiego przemysłu farmaceutycznego w jego trzech etapach, a mianowicie do wybuchu wojny światowej, w okresie trwania tej wojny i wreszcie po wojnie aż do dzisiejszych czasów. Przed wojną światową przemysł farmaceutyczny na ziemiach polskich nie mógł się rozwijać, gdyż nie było to w interesie państw zaborczych. Z istniejących firm w owym czasie, prelegent wymienił cztery firmy warszawskie, które obecnie przodują w naszym przemyśle farmaceutycznym, mianowicie: Spiess, Motor, Karpiński, Klawe. Prelegent przedstawił trudności, w jakich przemysł ten rozwijał się i jakie obecnie na drodze swojego rozwoju spotyka. Specjalnie podkreśla potrzebę rozwoju w Polsce fabryk chemicznych, wyrabiających półprodukty dla przemysłu farmaceutycznego, bez których przemysł ten nie ma podstaw rozwoju, a których sam nie może fabrykować, gdyż to wychodzi poza ramy działalności farmaceutycznej. Prelegent uzasadnił potrzebę posiadania własnego przemysłu farmaceutycznego i wagę tego przemysłu dla Państwa w czasie pokoju i w okresie wojny.

W celu wykazania postępów, jakie przemysł polski poczynił w ostatnich latach, prelegent obrał sobie jeden dział, mianowicie dział syntetyków organicznych i dla przykładu omówił pokrótce niektóre tylko fabrykowane w Polsce produkty z tego działu. Wyjaśnienia swe oparł na kilkunastu pięknie opracowanych tablicach, co znakomicie ułatwiło zebranym zrozumienie często zawiłej strony chemicznej. I tak prelegent pokazał na powyższych tablicach schematyczny przebieg reakcji stosowanych w fabrykacji następujących produktów. Z grupy *excitantia s. cardiaca* — dwuetylamid kwasu pirydyno-beta-karbonowego *Stiminol, Corpyrin).* Z grupy preparatów salicylowych *(Mesotol, Motopirin, Phennin).* Z grupy preparatów barbiturowych różne połączenia malonylo-mocznika *(Gardenal, Rutonal, Soneryl, Irrenal, Sennarcol),* dalej połączenia bromowe *(Somnalin, Quistyl)* i bliskie tej grupy monoureidy *(Bromisol).* Z grupy preparatów znieczulających *Polocain.* Z grupy arsenobenzolowej, poza nowarsenobenzolem, który był pierwszym syntetykiem wyrabianym w Polsce — *Stovarsol, Acetylarsan.* Z grupy *antiarthritica: Lysidin, Uricedin, Chinophan.* Z grupy inozytofosforanów opisał prelegent sole wapniowo-magnezowe *(Phosphit, Phytina),* sól sodową *(Phosphit liquid., Phytin liquid.),* sole żelazowe kompleksowe *(Efizan, Feravit).* Z preparatów przeciwrzeżączkowych: *Corgol, Prorgol, Gelargin.* Z preparatów białkowych albuminaty i peptonaty żelaza i manganu *(Prorgol, Motojodin).* Z preparatów usypiających dododbytnicowych: *Narcotyl.* Z preparatów odkażających: *Chinoseptin.* Z preparatów kontrastowych: *Tetra-Contrast.* Z preparatów odkażających drogi moczowe: *Uroseptin.* Z preparatów jodowych: *Jodimin.* Wreszcie z preparatów cyjanowodorowych, używaną do wyrobu sztucznej wody migdałowej cyjanhydrynę benzaldehydu.

Przedstawiwszy w możliwym skrócie powyższe preparaty, prelegent zakończył swój referat wezwaniem do popierania rodzimego przemysłu farmaceutycznego, zaznaczając, że przemysł ten w dobrze zorganizowanem państwie jest niezbędny dla prawidłowej funkcji państwa, że rozwój tego przemysłu wpływa na podniesienie kultury i wzbogacenie kraju, że przygotowanie kraju do obrony związane jest z rozwojem przemysłu chemicznego, w którym dział farmaceutyczny przedstawia część bardzo ważną. Prelegent zwrócił uwagę, że import leków cudzoziemskich powoduje rozwój przemysłu w innych krajach a tem samem obniża nasz walor państwowy, że nauka polska powinna otrzymywać środki na współpracę w postępach przemysłu farmaceutycznego i wreszcie, że w rozpowszechnianiu leków polskich ma do spełnienia ważną rolę świat lekarski, gdyż jak lekarz-praktyk, tak i lekarz-naukowiec w równej mierze mogą się do tego przyczynić.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos: prof. Walter, który stwierdzając bardzo wysoki poziom leków wytwarzanych w Polsce, a w szczególności leków z dziedziny jego specjalności, podnosi ważność dla Państwa dalszego silnego rozwoju własnego przemysłu farmaceutycznego.

Prof. Supniewski stwierdza, że mimo iż ilość leków wytwarzanych w kraju nie jest zbyt imponująca, to jednak istnieją środki o pierwszorzędnej wartości. Z drugiej jednak strony istnieje wielka ilość preparatów — niezwykle intensywnie nieraz reklamowanych — których ani wartość ani wygląd nie zasługują na poparcie.

Po posiedzeniu naukowem odbyło się zebranie towarzyskie.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 6 lutego 1935 roku.

Pokazy chorych.

1. Kol. Halpern-Wieliczański *demonstrował przypadek gruźlicy języka z Oddziału Wewnętrznego A Szpitala Poznańskich.* Zasługuje on na uwagę ze względu na rzadkość występowania gruźlicy jamy ustnej wogóle (według Morela Gusztava od 0,06% do 0,74%), a gruźlicy języka w szczególności. W omawianym przypadku u osobnika płci męskiej, liczącego lat 59, dozorcy domowego, z rozległemi zmianami włóknisto-serowaciejącemi w obydwu płucach i ze swoistemi zmianami w krtani, przed $1^1/_2$ rokiem wystąpił ślinotok, bóle przy mówieniu i jedzeniu. Badanie języka wykazuje: nieznaczną bladość górnej powierzchni języka; klinowate wciągnięcie koniuszka; na dolnej powierzchni — owrzodzenie, pokryte brudno-szarą wydzieliną, o brzegach dość wyraźnych, pokrytych bliznowatą ziarniną, w niektórych miejscach widoczne grudki żywoczerwone. Obmacywaniem stwierdza się nieduże, niebolesne nacieczenie w środku owrzodzenia. Ruchomość języka zachowana dość dobrze, prócz ograniczonego wysuwania ku przodowi. W różnicowaniu wchodziły w rachubę: uraz, kiła, gruźlica i nowotwór. Przebieg sprawy i jej długotrwałość przemawia przeciw nowotworowi, wywiady i ujemny odczyn Wassermanna — przeciw kile, wywiady — przeciwko urazowi. Pozostaje rozpoznanie: wtórne owrzodzenie gruźlicze języka, za czem przemawiają rozległe zmiany w płucach, obecność prątków Kocha w plwocinie i charakterystyczna postać owrzodzenia. Rozpoznanie potwierdza badanie histopatologiczne wyciętego skrawka.

Poza ogólnem wzmacniającem leczeniem, stosowano miejscowe przypalania kwasem mlekowym w corazto większem stężeniu od 60% do 80%.

2. Kol. J. Itelson — *przypadek odmy samoistnej*, która wystąpiła u chorego, l. 32, po raz trzeci w ciągu roku. Za każdym razem po wysiłku większym (podnoszenie ciężaru) występował nagle kłujący ból w lewej połowie klatki piersiowej. Chory pozostawał w obserwacji szpitalnej podczas istnienia odmy samoistnej; badanie płuc (poza odmą, która utrzymywała się około 2—3 tygodni), opadanie krwinek czerwonych, ciepłota ciała, zdjęcia rentgenologiczne w okresie zdrowia, nic patologicznego nie wykazywały. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na częste nawroty odmy samoistnej o przebiegu łagodnym, przy braku dostrzegalnych zmian w płucach. W piśmiennictwie znajdujemy zaledwie cztery przypadki odmy, przy istnieniu w płucach zwyrodnienia torbielowatego. Zmiany te występują znacznie częściej, aniżeli odma samoistna, dlatego też patogeneza przedstawianego dziś przypadku pozostaje nadal niewyjaśniona. Stwierdzenie odmy samoistnej ma znaczenie dla rokowania, które jest zupełnie inne, aniżeli w przypadkach odmy na tle gruźlicy płuc.

W dyskusji zabierali głos Kol. Kryszek i Kol. Szyfman.

3. Kol. Kotok przedstawia chorego, lat 39, z Oddz. Wewn. A Szpitala Poznańskich *z ropniem płuca lewego*, u którego na początku obserwacji szpitalnej nie stwierdzało się klinicznie żadnych objawów, prócz przytłumienia nad lewą łopatką oraz zaostrzonego oddechu z nielicznemi furczeniami i świstami; rentgenologiczny obraz przemawiał raczej za rakiem oskrzeli. Dalsza obserwacja kliniczna doprowadziła do rozpoznania ropnia płuca lewego. Chory leczony był zachowawczo: wstrzykiwania emetyny — 25 zastrzyków; po przerwie znowu 15 wstrzyknięć, w sumie 1,6 g oraz wstrzykiwania nowarsenobenzolu (8 wstrzyknięć po 0,3, w sumie 2,4 g). Wybitna poprawa przedmiotowa oraz podmiotowa. Przybytek na wadze 3 kg. Temperatura wróciła do normy, dobre samopoczucie chorego, OB — na początku 20', przed wypisaniem ze szpitala 70'. W miesiąc po wypisaniu ze szpitala prześwietlenie płuc nie wykazało już obecności jamy, poprzednio dość znacznej z zawartością płynną.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na 1) trudności rozpoznawcze, zwłaszcza rentgenologiczne, 2) ze względu na samoistne zniknięcie jamy w miesiąc po wypisaniu chorego ze szpitala.

4. Kol. M. Rabinowicz-Ginsbergowa: *„Przypadek raka żołądka u młodego osobnika"*.

Chory T. S., Nr. ks. oddz. 980/34, lat 24, przybył do szpitala Poznańskich na Oddział Wewnętrzny B w grudniu r. ub. spowodu bólów w okolicy żołądka. Przed 4 laty stwierdzono klinicznie i rentgenologicznie na tylnej ścianie żołądka niszę w śluzówce (zdjęcie kol. Kejlson). Ze względu na bezskuteczne leczenie dietetyczne, zastosowano zgłębnik *à demeure* w ciągu 6 tygodni w Szpitalu im. Prez. Mościckiego, po którem wystąpiła w ciągu roku znaczna poprawa, nawet bez przestrzegania diety. Po roku — nawrot bólów, typowych dla wrzodu żołądka; znów pobyt w Szpitalu Św. Józefa, gdzie rozpoznanie zostało potwierdzone. Od kilku tygodni kałowe wymioty, silne bóle. Stwierdzono na oddziele: wycieńczenie, bolesność w dołku podżebrowym, krew utajoną w kale, znaczną niedokrwistość niedobarwliwą (52% hemoglobiny przy 3,400.000 czerwonych ciałek krwi). Rtg.: nisza na tylnej ścianie żołądka — zdjęcie nieśluzówkowe. Wobec bezskuteczności dotychczasowego postępowania zachowawczego, dokonano zabiegu operacyjnego (Dr. Ajzner): stwierdzono raka żołądka — guz na tylnej ścianie żołądka, zrośnięty z kręgosłupem i dochodzący do trzustki oraz małe żółte guzki na sieci. Badanie histologiczne stwierdziło *ca gelatinosum* w przerzucie sieci (kol. Hurwicz). Klinicznie zasługuje na podkreślenie, iż u młodego osobnika, lat 24, z wrzodem żołądka w wywiadach, leczonego ze znaczną poprawą założeniem zgłębnika *à demeure*, wystąpiło po 4 latach zwyrodnienie nowotworowe.

Sposób leczenia zgłębnikiem *à demeure* wprowadzony przez Einhorna w r. 1910, przyjął się i stosowany dość szeroko w Ameryce i w Polsce (Prof. Grek, kol. Morawski) daje dość dobre wyniki i nawet kliniczne wyleczenie w niszy w przypadkach uporczywych z nawrotami. W piśmiennictwie francuskiem podaje Chiray przypadek, w którym dokonano, po bezskutecznem leczeniu zgłębnikiem zabiegu operacyjnego. Stwierdzono w miejscu ułożenia zgłębnika przekrwienie, wybroczyny oraz stwardnienie podstawy zabliźnionego owrzodzenia. W naszym przypadku uderza współistnienie nowotworu z przebytem przed laty sondowaniem, co nakazuje dalszą obserwację w tym kierunku.

W dyskusji: Kol. S. Minc uważa za problematyczny związek powstania nowotworu z zakładaną przed 4 laty sondą dwunastniczą, godny uwagi jest młody wiek pacjenta.

Kol. Garewicz spostrzegł raka żołądka u 16-letniego chłopca; uważa, że średni wiek zapadalności na raka spada z roku na rok.

Kol. Ściesiński nie przypisuje wiekowi pacjenta większej uwagi. Anatomopatologicznie odróżnić raka od owrzodzenia można tylko wtedy, gdy nowotwór umiejscowiony jest na brzegu owrzodzenia, reszta owrzodzenia ma być wolna.

Kol. J. Marzyński. Rak u ludzi młodych jest istotnie cierpieniem nietyle rzadko spotykanem, ile rzadko rozpoznawanem; dotąd bowiem istnieje nastawienie, że rak jest cierpieniem starości i nie przechodzi przez myśl lekarzowi badającemu człowieka młodego wziąć pod uwagę przy różniczkowaniu możliwość raka, zwłaszcza raka żołądka. Rak przedwczesny żołądka opisywany był przez wielu autorów i dotyczył zarówno noworodków, jak i dzieci od 1 roku do lat 8 i młodzieży od lat 13 do 20, a już u osób pomiędzy 20 a 30 rokiem życia zdarza się rak żołądka dosyć często. Obecnie choruje i umiera na raka więcej niż dawniej osób w wieku poniżej lat 40 i wszyscy badacze dochodzą do wniosku, że rak spotyka się u osób najmłodszych, nawet u niemowląt. Z faktem tym trzeba się liczyć i brać go pod uwagę przy wszystkich rozważaniach rozpoznawczych. Należy zmienić nastawienie i jak gruźlicę, tak i raka szukać niezależnie od wieku.

5. Kol. H. Frenklowa i kol. M. Gutmanowa: *„Spostrzeżenia nad chorobą posurowiczą u dzieci"* — ref. wygłoszony przez Kol. H. Frenklową.

Spostrzeżenia oparte na materjale Szpitala Anny-Marji z ostatnich 8 lat, obejmującym około 3.000 przypadków, w których była stosowana surowica (domięśniowo, dożylnie i dolędźwiowo). Przeciętny odsetek choroby posurowiczej przy wstrzykiwaniach domięśniowych wynosił 27,5%, najdłuższe wylęganie 21 dni. Przy wstrzykiwaniach dożylnych % choroby posurowiczej wynosił 36,3%, przy dolędźwiowych — 68,6%, przy powtórnych wstrzykiwaniach 57%. Nie zauważono większej oporności u niemowląt i u dzieci małych; odsetki, czas wylęgania i t. d. były jednakowe u dzieci do 2 lat i powyżej 2 lat.

Powikłania choroby posurowiczej występowały u dzieci młodych częściej i ciężej, niż u dzieci starszych. Do powikłań tych należą m. in. t. zw. „zjawisko Arthusa", spostrzegane w materjale szpitalnym u dwojga niemowląt (jedno wyleczenie, jedno zejście śmiertelne), nasilenia choroby pierwotnej (najczęstsze w przebiegu róży i nagminnego zapalenia opon), powikłania choroby pierwotnej zapaleniem płuc w okresie choroby posurowiczej oraz powikłania ze strony układu nerwowego (1 przypadek zespołu ułożenia przymusowego kończyn).

Prelegentka omawia szczegółowo przebieg powtórnego wstrzykiwania surowicy z odczynami: natychmiastowym i przyspieszonym oraz 5 przypadków wstrząsów (1 z zejściem śmiertelnem). Stosowanie surowicy baraniej nie chroni przed wstrząsem.

Przypadków uczulenia doustnego w materjale szpitalnym nie było, z piśmiennictwa znane są jednak przypadki zejść śmiertelnych po stosowaniu doustnem preparatów surowicy końskiej (Auricchio, Vonderweidt i in.).

Choroba posurowicza jest chorobą alergiczną; istota jej polega na reakcji między antygenem i przeciwciałami.

W dyskusji: Kol. J. Kon: w zapatrywaniach na alergję i anafilaksję niewiele postąpiliśmy naprzód od czasu Pirqueta. W zapatrywaniach na chorobę posurowiczą panuje duży chaos, niema systemu i stałych zasad. Wysypka posurowicza przypomina nieraz płonicę.

Kol. Polakow zwraca uwagę na poziom cukru we krwi w chorobie posurowiczej. Dożylne wprowadzenie glukozy może zapobiec występowaniu wstrząsu. Surowica barania jest najbardziej uczulająca i stosować ją trzeba w dużych dawkach.

Kol. Mogilnicki spostrzegał ciężkie odczyny posurowicze po stosowaniu hemostylu doustnie. Obawa przed wstrząsem nie powinna wpływać na zaniechanie zastrzykiwania surowicy w przypadkach błonicy.

Kol. Knichowiecki ma wątpliwości, czy doustne stosowanie preparatów surowiczych może dawać tak szybko występujące uczulenie.

Kol. Żurkowski przytoczył teoretyczne rozważania o anafilaksji i chorobie posurowiczej.

Kol. Kokotek zapytał o wpływie choroby posurowiczej na chorobę zasadniczą; uważa, że wpływ ten jest dodatni.

Kol. Frenkiel. Ścisłe oznaczenie okresu reinjekcji jest niemożliwe, w niektórych przypadkach uczulenie występuje wcześniej, w innych później.

Kol. Kryszek — dopytuje o przyczyny przytoczonych zgonów i wyniki sekcyjnych badań anatomo-patologicznych. Ze względu na przebieg zejść śmiertelnych można byłoby przyjąć zatory, powstałe przy domięśniowych zastrzyknięciach poprzez

duże naczynia żylne. Większe światło rzuciłyby badania anatomo-patologiczne. Klinge, Szulc i inni stwierdzili w hiperergji, jaką jest choroba posurowicza, te same cechy anatomo-patologiczne, które są swoiste i dla gośćca stawowego. Jest zatem postęp w pojmowaniu choroby posurowiczej. Tu tkwi może i pomost do wytłumaczenia hiperergji w płonicy.

Kol. Frenklowa *odpowiedziała*, że temat jest zbyt obszerny, żeby go wyczerpać w ciągu jednego referatu; rozważań teoretycznych nie uwzględniała z tego powodu zupełnie, starała się jedynie przedstawić spostrzegane fakty i przypadki. Nie zauważyła dodatniego wpływu wstrząsu na chorobę zasadniczą. W niektórych przypadkach sekcje były robione, stwierdzono mało znaczące zmiany w wątrobie i płucach, badań histologicznych nie robiono. Termin reinjekcji ustala się na podstawie wytwarzania się precypityn.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 20 lutego 1935 roku.

1. Kol. F. Rozenówna i Kol. M. Dawidowicz wygłosili referat p. t.: *„Przypadek częstoskurczu napadowego u dziecka"*.

Kol. M. Dawidowicz w drugiej części referatu, dotyczącego przypadku częstoskurczu napadowego omówił niektóre odrębne cechy dziecięcego elektrokardjogramu. Wskazał na większą sprawność mięśnia sercowego u dzieci i podkreślił krótki czas przewodnictwa w wieku dziecięcym. Następnie omówił postacie częstoskurczu napadowego, w szczególności częstoskurcz napadowy przedsionkowy i możność odróżnienia tego schorzenia od trzepotania przedsionków, sprawy chorobowej etjologicznie zupełnie odrębnej. Krzywe elektrokardjograficzne wykonane w różnych okresach choroby zostały zademonstrowane dla wyjaśnienia typu częstoskurczu i wykazania szczególnych cech omówionego przypadku. Analiza krzywej elektrokardjograficznej przemawia jedynie za częstoskurczem napadowym, przedsionkowym i przeczy stanowczo istnieniu, niezmiernie rzadkiego zresztą, częstoskurczu węzłowego. Znaczne przedłużenie czasu przewodnictwa, bynajmniej nie stoi temu na przeszkodzie.

W dyskusji: Kol. Kon.

Kol. Kryszek — nie uważa za celowe ze względów teoretycznych i praktycznych włączanie napadowego trzepotania przedsionków, do ogólnego działu częstoskurczu napadowego.

Kliniczny obraz przedstawionego przypadku zdekompensowanego zwyrodnienia mięśnia sercowego, przemawiałby raczej za trzepotaniem przedsionków: wielomiesięczne, a może i wieloletnie trwanie tachykardji; okresowa tachyarytmja, prawdopodobnie pod wpływem stosowanej naparstnicy, brak poprawy po chinidynie, przejściowy blok 2:1; śmierć wśród narastającego obrazu niewyrównania. Nie wyklucza tej możliwości i różnorodny obraz elektrokardjograficzny; nadskurcze przedsionkowe, okres Wenckebacha, blok 2:1, a nawet odcinek częstoskurczu napadowego mogą występować w przebiegu leczonego naparstnicą (niestałe) trzepotania przedsionków.

Krzywa częstoskurczu napadowego, traktowana jako rzadki częstoskurcz przedsionkowy, nasuwa zastrzeżenia ze względu na PR = 0,25"; przy tętnie 220 na 1' sam czas przewodnictwa trwaćby musiał 55 minut. Zachodzi więc możliwość częstoskurczu przedsionkowo-komorowego (infranodalnego) z P, tkwiącem w zstępującem ramieniu R. Nadskurcze u dzieci powinny być oceniane prognostycznie nie tak ciężko; wogóle nie mają one gorszego rokowania, niż u dorosłych. W obrazie częstoskurczu napadowego u dorosłych uderza bardziej, niż kłucia, niepokój i uczucie bicia serca, nagły początek i koniec napadu, *urina spastica* i reakcja na ucisk gałek ocznych.

2. Kol. Turyn wygłosił odczyt p. t.: *„Badania nad hipoglikemją"*.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

Protokół posiedzenia w dniu 27 lutego 1935 roku.

1. Kol. L. Rosenberg i A. Mazur: *„Przypadek porażenia nerwu zwrotnego w przebiegu zwężenia zastawki dwudzielnej"*.

Opisany przypadek dotyczy 24-letniej chorej S. G. z Oddziału Wewnętrznego B Szpitala fund. Poznańskich. Równocześnie z objawami daleko posuniętego niewyrównania wystąpiła chrypka, której przyczyną było porażenie lewego nerwu zwrotnego. Przedmiotowo stwierdzono nad koniuszkiem serca szmer skurczowy i turkoczący szmer rozkurczowy, pozatem szmer rozkurczowy o nieco innem brzmieniu nad tętnicą płucną. Roentgen: *cor bovinum* z zupełnem zniesieniem przestrzeni Holzknechta. Po zastosowaniu leczenia naparstnicą objawy chrypki ustąpiły w znacznym stopniu. Ortner, który w r. 1897 pierwszy opisał takie 2 przypadki, a za nim cały szereg autorów uważa, iż przyczyną wystąpienia porażenia jest ucisk nadmiernie rozszerzonych przedsionków na nerw zwrotny. Amerykański autor Price zebrał w r. 1924 w całem piśmiennictwie około 40 przypadków i opisując swój przypadek, tłumaczy powstanie porażenia przez pośredni ucisk przedsionków na tętnicę płucną, uciskającą nerw zwrotny. W przypadkach daleko posuniętego niewyrównania wady zastawki dwudzielnej, może wystąpić względna niedomykalność zastawek tętnicy płucnej i ucisk rozszerzonej tętnicy płucnej na przebiegający w tem miejscu, między aortą, więzadłem Botagli i tętnicą płucną, nerw zwrotny, może wywołać objawy jego częściowego porażenia.

W dyskusji: Kol. Frenkiel zapytał, czy w przypadkach opisanych w literaturze, również leczenie wady serca wpłynęło dodatnio na chrypkę.

Kol. Liniecki zapytał, jaki jest obraz laryngoskopowy po stosowaniu naparstnicy.

Kol. Mazur *odpowiedział*, że wygląd i ruchomość porażonej struny głosowej znacznie się poprawiły.

Kol. Ryder wyraził powątpiewanie, czy możliwe jest tak znaczne rozszerzenie przedsionków, żeby przez ucisk wywoływało porażenie nerwu zwrotnego.

2. Kol. Kummant: *„Uśpienie skopolaminą — eukodalem efetoniną, jako podstawa narkozy eterowej i znieczulenia miejscowego"*. (Praca ukaże się w druku).

Kol. Frenkiel obserwował działanie skopolaminy w praktyce psychjatrycznej w stanach podniecenia i potwierdza jej skuteczność. Wiek młodzieńczy i miażdżyca naczyń nie stanowią przeciwwskazań dla stosowania skopolaminy, szkodliwy raczej może być w wieku młodzieńczym eukodal, w starczym zaś i w wadach serca — weronal.

Kol. Ryder zapytał, czy stosuje się omawianą metodę przy porodach.

Kol. Kummant: chirurdzy zaczęli stosować skopolaminę na podstawie doświadczeń, jakie poczynili nad tym preparatem psychjatrzy, stosując ją w stanach podniecenia. Wrażliwość wieku dziecięcego na skopolaminę nie jest udowodniona, możliwe, że raczej nietolerancja na eukodal nie pozwala na stosowanie tej metody u osobników niżej lat 16. Przy porodach metody tej nie stosował.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Wiadomości osobiste i odznaczenia.

Z dniem 31. VIII. b. r. ustąpił ze stanowiska ordynatora Oddziału Okulistycznego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie Doc. Dr. Karol Brudzewski, spowodu przekroczonej granicy wieku. W ustępującym traci Szpital wybitnego uczonego, wielkiego lekarza, znakomitego pracownika, który swem postępowaniem jednał sobie wszystkich, którym dane było z nim się zetknąć.

Zarządcą Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie w miejsce przeniesionego w stan spoczynku P. Pierożyńskiego, mianowany został p. Kopiasz, dotychczasowy zarządca Szpitala w Kobierzynie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

V Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego odbędzie się w Warszawie w marcu 1936 r. Tematami programowemi Zjazdu są: I. Leczenie spraw zapalnych kręgosłupa: a) gruźliczych — referent dr. M. Grobelski (Poznań), b) nieswoistych — referent doc. dr. Fr. Raszeja. II. Stan protezowania w Polsce: a) Prawno-społeczne zasady protezowania i organizacja pracy w Państw. Wytwórniach protez — referent dr. W. Reklewski (Warszawa). b) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny górnej — referent doc. dr. A. Gruca (Lwów). c) Nowsze metody protezowania i budowy aparatów ortopedycznych dla kończyny dolnej — referent dr. L. Kalina (Warszawa). d) Nowsze metody budowy aparatów ortopedycznych dla tułowia — referent dr. K. Opacki (Warszawa). e) Nowsze metody budowy wkładek pod stopę — referent dr. M. Epstein (Kraków). Zarząd P. T. O. i Tr. uprasza o przesyłanie zgłoszeń koreferatów na tematy programowe i referatów na tematy dowolne z zakresu ortopedji i traumatologji na ręce dr. H. Levittoux, Warszawa, ul. Polna 78, do dnia 1 stycznia 1936. Prezes P. T. O i Tr.: *Doc. Dr. A. Wojciechowski.* Sekretarz: *Dr. H. Levittoux.*

Różne.

Z kraju.

Sprawozdanie roczne Państwowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie za rok budżetowy 1934/35. W czasie tym leczono w szpitalu 8.609 mężczyzn i 11.551 kobiet, razem 20.160 osób, w tem 4.125 dzieci. Przeciętny czas leczenia 27 dni. Procent śmiertelności 6%. Chorych ambulatoryjnych 50.580, porad lekarskich udzielono 111.844. Prac naukowych wydano 74, oraz wygłoszono 33 referaty.

Francja.

Klinika dziecięca paryska ogłasza kurs dokształcający od 4—9 listopada 1935. Zdobycze w dziale praktyki lekarskiej. Patologja wewnętrzna. Kurs odbywa się pod kierownictwem prof. Emila Sergent i pp. Lian, Harrier, Abrami, Aubertin, Chabral, Duvoir, Gilbert-Dreyfus, Pruvost, Weissenbach, Joannon, Bleckmann, Durand, Fernet, Perisson. Każdego przedpołudnia od 9½ do 11 ćwiczenia praktyczne przy łóżku chorego, od 11—12 demonstracje z praktyki. Popołudniu od 15—18 wykłady i demonstracje. Lekarze otrzymają dowody uczestnictwa w kursie. Zgłoszenia przyjmuje Wydział lekarski w Sekretarjacie w poniedziałki, środy, piątki, albo w Sali Béclard. Uczestnictwo kosztuje 250 fr. Podobne kursy dokształcające odbywają się każdego roku w początkach czerwca i listopada. Zgłoszenia w Wydziale lekarskim — Sala Béclard (A. D. R. M.) (Faculté de Médecine).

Stowarzyszenie Nauczania lekarskiego Szpitali Paryskich (Association d'enseignement médical des Hopitaux de Paris) — ogłasza kurs uzupełniający dotyczący zaburzeń sercowych (niedomoga, angina pectoris, bóle serca, omdlenia), kurs dokształcający odbywać się ma w szpitalu Tenon 4. rue de la Chine (metro Gambetta) od 12 do 22 listopada 1935. Prowadzić będą kurs Dr. Lian, Hagueman, Welti, Gilbert-Dreyfus, Blondel, w asyście pp. Abaza, Alibert, Deparis, Even, Merklen, Moricard, Odinet Pantrat Puech, Galolin, Marchal, Breaut, Baraige, Facquet. O 10 rano wykłady z przeźroczami do 11. Ćwiczenia kliniczne. Wtorki i piątki badania chorych i porady lekarskie. Popołudnia od 15 do 17 wykłady kliniczne z przeźroczami, 16 demonstracje — sphygnomanometrja, elektrocardiografja, wydajność serca etc. Szczegółowy rozkład wykładów otrzymać można od Wydziału Lekarskiego albo ze szpitala Tonon Dr. Blondel. Koszta kursu wynoszą 250 fr.

Niemcy.

X Zjazd niemieckich Towarzystw, zajmujących się medycyną wypadkową, ubezpieczeniową i świadczeniową (Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin) odbędzie się 18 i 19 października 1935 r. w Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin N. N. 7. Luisenstrasse 58/59. Programowe referaty obejmują: 1. Dopuszczalność operacji i niebezpieczeństwo usypiania w medycynie wypadkowej i ubezpieczeniowej (Sen. Prez. Dr. Dersch, Berlin; Prof. Dr. Hübner, Berlin; Prof. Dr. Schmidt, Remscheid). 2. Wypadek i czynniki pozawypadkowe; doświadczenia z regulowaniem na zasadzie Szwajcarskiego prawa ubezpieczeniowego od wypadków (Prof. Dr. Zollinger, Zurich). 3. Choroby płucne i gruźlica w medycynie ubezpieczeniowej. (Prof. Dr. Störmer. Dresden-Weisser-Hirsch). O karty uczestnictwa należy zwracać się do skarbnika: Dr. Hörniga, Berlin — Schlachtensee, Ahrenshosper Zelle 18.

Z. S. S. R.

W maju 1936 przypada 125-lecie „Charkowsko Medycinkoho Instituta". Wydana będzie z tej okazji jubileuszowa książka.

W pociągach między Leningradem a Moskwą stworzono dyżury techników sanitarnych, którzy przez radjo nadawać będą pogawędki o środkach profilaktycznych i pomocy w nagłych wypadkach.

Na zach. wybrzeżu Nowej Zemli postanowiono założyć miejsce lecznicze dla insolacji i leczenia promieniami ultrafiołkowemi.

W Leningradzie istnieje „fabryka witamin" wyrabiająca 1000 dawek ludzkich dziennie.

Kazański Instytut doskonalenia lekarzy im. Lenina, obchodzi 15-letni jubileusz. W tym czasie przeszło przez kursy tam urządzane 5418 lekarzy, wydano 2000 prac naukowych, wychowano 25 profesorów, 83 docentów, 61 st. asystentów i 15 młodszych asystentów. W związku z jubileuszem wyasygnował Narod. Komisarz Ochrony Zdrowia Kamiński 20 tys. rubli na wynagrodzenie lepszych „profesorów-udarników" i wykładowców. Dyrektor Instytutu Aksanecew został nagrodzony dyplomem honorowym i premją 2000 rubli.

Włochy.

W Medjolanie wychodzi nowy dwumiesięcznik p. t. I Quaderni dell'Allergia. Naczelnym redaktorem jest Dr. Piero Sangiorgi, dyrektor pierwszego Italskiego Instytutu dla chorób alergicznych w Medjolanie. Podnieść należy piękną szatę zewnętrzną, jakoteż i wysoki poziom prac oryginalnych.

Komunikaty.

Z Instytutu Spraw Społecznych. Jakie korzyści przynosi higjena pracy. Wartość higjeny pracy przywykliśmy oceniać z punktu widzenia interesów robotnika. Ma ona jednak również doniosłe znaczenie dla samej produkcji przemysłowej. Dowodzi tego kilka interesujących przykładów, podanych w „Zentralblatt für Gewerbehygiene und Unfallverhütung", które dotyczą znaczenia racjonalnej wentylacji fabryk, hut i kopalń. W jednej z japońskich fabryk włókienniczych — podaje autor — zauważono, że wydajność pracy w poszczególnych działach produkcji różni się dość znacznie. Zrazu sądzono, że przyczyną tego jest mniejsza lub większa pilność robotników. Skoro jednak poddano zjawisko to bliższemu badaniu, okazało się, że winną jest niewłaściwa temperatura pomieszczeń do pracy. Wydajność pracy spadała wybitnie w zbyt gorących, lub w zbyt chłodnych pomieszczeniach. Na podstawie dłuższej obserwacji ustalono, że każda różnica o 3⁰ powyżej, lub poniżej t. zw. „komfortu atmosferycznego", pociąga za sobą spadek wydajności pracy o 4%. Odkrycie to skłoniło fabrykę, w dobrze zrozumiałym własnym interesie, do instalacji racjonalnych urządzeń wentylacyjnych. Podobne zjawisko zaobserwowano w popularnych zakładach Kodaka w Rochester w U. S. A. W lecie, w okresie upałów zmniejszała się wybitnie produktywność załogi robotniczej, natomiast wzrasta liczba nieszczęśliwych wypadków przy pracy. Obliczono, że opłaci się fabryce zainstalować urządzenia chłodzące powietrze, ażeby zapobiec stratom spowodowanym przez upały. Wynik był następujący: wydajność pracy wzrosła o 12%, natomiast liczba wypadków spadła aż o 70%! Analogiczny wynik uzyskano w hucie szkła krystalicznego w Bawarji. Żar bijący od palenisk, czyni pracę ludzką męczarnią. Aby temu zapobiec zainstalowano t. zw. natryski chłodnego powietrza. Każda grupa hutników otrzymała do dyspozycji pas chłodzonego powietrza, którego dostarczały pod ciśnieniem otwory wentylacyjne, umieszczone w pewnych odstępach w całej hucie. Dzięki temu urządzeniu wzrosła wydajność pracy o 10% i oszczędność ta wkrótce pokryła koszty instalacji. Niezmiernie uciążliwe warunki klimatyczne panowały w kopalni złota w Brazylji. Temperatura najniższych pokładów, leżących na głębokości 1830 m pod powierzchnią, wynosiła 33⁰, przyczem powietrze odznaczało się dużą wilgotnością. Upał i zaduch utrudniały w wysokim stopniu pracę górników. Zainstalowano wobec tego nowe urządzenia wentylacyjne, które obniżyły temperaturę do 27⁰ t. j. o 6⁰. Wydajność pracy wzrosła automatycznie o 12%. Oto pouczające przykłady dla tych, którzy żałują pieniędzy na higjenę pracy. Są złymi organizatorami pracy. Higjena pracy bowiem przynosi korzyści, jej brak — drogo kosztuje.

Redakcja otrzymała:

H. Kurtzahn: Kleine Chirurgie. Urban-Schwarzenberg 1935.

Fr. Künkel: Grundzüge der praktischen Seelenheilkunde. Hippokrates Verlag. 1935.

Lucien de Coster: L'orthodontie a base d'acier. Masson et Cie. 1935.

Ponroy et Psaume: Restauration et prothese maxillofaciales. Masson et Cie. 1935.

J. Mokrzycki: „Surowice lecznicze i ochronne", z cyklu monografji lekarskich „Eskulap" 1935.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.